

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1903-1904. — N° 166

DES
Dangers du Sublimé
EN
Injections Intra-Utérines

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Juillet 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean PERRENOT

Né à Solliès-Pont (Var), le 22 Décembre 1878



LYON

IMPRIMERIE J. PRUDHOMME

32, Cours Gambetta, 32

—
1904

DES
DANGERS DU SUBLIMÉ
EN
Injections Intra-Utérines

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1903-1904. — N° 166

DES
Dangers du Sublimé
EN
Injections Intra-Utérines

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Juillet 1904

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean PERRENOT

Né à Solliès-Pont (Var), le 22 Décembre 1878.



LYON

IMPRIMERIE J. PRUDHOMME

32, Cours Gambetta, 32

—
1904

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
HUGOUNENQ ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique.	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	X...
Clinique des maladies des enfants	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.	WEILL.
Matière médicale et Botanique.	MONOYER.
Parasitologie.	HUGOUNENQ.
Anatomie	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie	BEAUVISAGE.
Physiologie	LORTET.
Pathologie interne.	TESTUT.
Pathologie externe.	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MORAT.
Anatomie pathologique.	TEISSIER.
Médecine opératoire	AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.	MAYET.
Médecine légale	TRIPIER.
Hygiène	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique	ARLOING.
Pharmacologie.	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.).
	SOULIER.
	FLORENCE.

PROFESSEUR ADJOINT

Physiologie, cours complémentaires M. DOYON.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Accouchements.	FABRE, —
Matière médicale	MOREAU, —
Anatomie topographique	DURAND, —

AGRÉGÉS.

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BAYLE. Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. SOULIER, Président ; SIRAUD, Assesseur ;

MM. FABRE et CHATIN, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Témoignage de reconnaissance
et de profonde affection.*

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

AVANT - PROPOS

Il est toujours une heure dans l'existence où l'on doit, malgré tout et quoiqu'à regret, terminer toute chose pour s'acheminer ensuite dans la voie que l'on s'est librement choisie. Cette heure vient de sonner pour nous aujourd'hui ; mais avant de quitter cette belle Faculté de Médecine de Lyon, où nous avons passé les dernières années de nos études médicales, un devoir bien doux à remplir nous retient un instant sur le seuil, pour exprimer de tout cœur à nos maîtres dévoués la reconnaissance infinie que nous leur devons. Nous ne voulons point présenter cette thèse sans leur adresser, tout d'abord, nos plus sincères remerciements pour leur bienveillante sollicitude et les enseignements précieux qu'ils nous ont toujours si généreusement prodigués. Nous ne saurions oublier qu'après nos premières années d'études à Marseille, dont nous avons gardé un excellent souvenir, et sur les affectueux conseils de notre oncle, le Docteur PERRENOT, nous sommes venu, présenté par lui, nous enrôler dans cette grande famille médicale, devenue la nôtre, parmi laquelle nous avons rencontré tant de dévouements et de sympathies.

Qu'il nous soit permis de lui en exprimer aujourd'hui toute notre reconnaissance.

C'est à M. le Docteur FABRE que nous devons l'idée première de ce travail. Il a bien voulu nous confier les observations de son service, guider nos premières recherches et a

toujours été pour nous le plus accueillant des maîtres ; qu'il reçoive ici nos vifs remerciements et l'expression de notre profonde gratitude.

De nombreux et sympathiques mercis à M. le Docteur VORON qui, par son concours aussi aimable que dévoué, nous a rendu plus facile la tâche que nous avons entreprise.

Nous prions également M. le Docteur ROUX d'agréer l'expression de notre profonde et bien sincère reconnaissance.

Nous nous souviendrons toujours que M. le Docteur BORRY fut pour nous l'ami dévoué de toutes les heures, dont l'affectueux dévouement ne s'est jamais démenti un seul jour.

Que M. le Docteur GENOUD nous permette aussi de le remercier mille fois pour ses bontés multiples à notre égard, il a droit à notre profonde reconnaissance, qu'il soit assuré qu'elle ne lui fera jamais défaut.

Nous remercions vivement M. le Docteur REYNÈS de Montpellier de la sympathie qu'il nous a toujours témoignée.

Enfin à tous nos maîtres de l'Ecole Lyonnaise, tout particulièrement à MM. les Professeurs BONDET, JABOULAY, GAYET, POLLOSSON ; à MM. les Professeurs agrégés PAVIOT, BÉRARD, SIRAUD, TIXIER ; enfin à M. le Docteur CHAPPET, médecin des Hôpitaux, nous adressons nos plus reconnaissants mercis.

M. le Professeur SOULIER nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous le prions de recevoir l'expression de notre vive gratitude.

Nous avons eu la bonne fortune de rencontrer à Lyon de vrais amis. Des heures d'insouciance joyeuse que nous leur devons, nous garderons un excellent souvenir. Ils voudront bien se reconnaître dans ces lignes. Nous les remercions de leur amitié sincère que nous ne saurions oublier.

J. P.

INTRODUCTION

Bien des travaux ont été publiés déjà sur les inconvénients et les dangers consécutifs à l'usage du sublimé chez les femmes en couches. Nous croyons, cependant, faire œuvre utile en attirant l'attention des jeunes praticiens sur des faits que nous croyons beaucoup plus communs que l'on ne suppose et dont les effets se font sentir et persistent souvent fort tard sur les organes.

Donner un aperçu historique de l'emploi du sublimé en obstétrique, examiner les causes qui favorisent l'intoxication, les lésions qu'elle produit, les symptômes qui l'accompagnent, son traitement le plus rationnel, tel est le plan que nous nous sommes proposé.

CHAPITRE PREMIER

Historique

C'est Tarnier qui, le premier, en 1881, employa le sublimé corrosif comme agent antiseptique dans son service de la Maternité de Paris. Mais depuis longtemps déjà le pouvoir antifermentescible du sublimé avait été signalé, en France par Petit en 1872, en Angleterre par Dougall et Grâce Calvert à la même époque : C'est à Davaine, toutefois, que revient le mérite d'avoir mis en relief sa puissance microbicide.

Nous ne saurions passer sous silence les importants travaux de Nicolaï Jalan de la Croix en 1881, de Miquel en 1883 et de Ratimoff en 1884, qui tous arrivent à cette conclusion que le sublimé est le plus puissant des antiseptiques connus. Tarnier le substitue alors complètement à l'acide phénique dans les salles d'accouchement et, dans sa leçon d'ouverture du mois de juin 1884, n'hésite pas à dire que ses inconvénients sont pour ainsi dire nuls, quelquefois un peu d'hydrargyrisme vulvaire, quelquefois même une légère gingivite, mais jamais de salivation. Il

accepte cependant que celle-ci soit possible chez les femmes pour lesquelles on fait usage de sublimé à outrance.

M. Bar, dans sa thèse sur *Les Méthodes Antiseptiques en Obstétrique*, rappelant les succès de la Maternité de Paris, constate qu'on n'a pas eu le moindre symptôme d'empoisonnement. Il conseille cependant la réserve dans les injections intra-utérines qu'il est irrationnel de faire dans tous les cas et il insiste sur les précautions à prendre pour éviter toute pénétration dans le péritoine et dans les trompes.

En mai 1884, Al. Hergott publiant la communication de Kehler au congrès de Fribourg, rappelle que lui-même a introduit le sublimé à la Maternité de Nancy au commencement de septembre 1883 et se loue des résultats qui, dit-il, sont remarquables ; les quelques érythèmes qu'il a observés sont des accidents sans importance.

Kaltenbach et Frœnkel sont partisans de cet antiseptique à la dose de 1 p. 1.000. Batlehner ayant observé des manifestations toxiques avec les solutions fortes, préfère la solution à 1 p. 10.000.

Mais Stadfeldt, de Copenhague, constate sur 7 malades traités par les injections de sublimé à 1 p. 1.500, deux fois la diarrhée et la gingivite et une femme mourut avec des symptômes qu'il rattache avec Dahl à une intoxication mercurielle.

A la même époque, Lomer présentait à la Société d'obstétrique de gynécologie de Berlin, les pièces anatomiques d'une femme dont le périnée avait été suturé sous une irrigation de sublimé à 1 p. 1.000. Elle était morte, le douzième jour, après avoir eu une diarrhée très fétide et une fièvre modérée.

Winter apporte à son tour deux observations d'empoisonnement par le sublimé. Dans le premier cas, il s'agissait d'une primipare très anémiée par une hémorrhagie atonique ; on avait combattu l'inertie utérine par une irrigation de sublimé à 1 p. 1.000 ; cette malade mourut et l'autopsie révéla des lésions semblables à celles constatées par Stadfeldt et Lomer. La seconde malade guérit assez rapidement. En 1885, le Docteur Partridge, de New-York, communique à la Société d'obstétrique, le cas d'une accouchée morte intoxiquée à la suite d'injections de sublimé à 1 p. 2.000, dose employée par Delassus à Lille.

Richardson, de Boston, observe trois cas de stomatite grave avec salivation ; aussi abandonne-t-il cet antiseptique et le remplace par l'acide phénique. Lssona, de Turin, essaye d'employer, sur les conseils de Mynlieff, des solutions plus faibles à 1 p. 4.000. Il n'en constate pas moins trois cas de roséole.

Dès ce moment, l'enthousiasme suscité par le sublimé commence à se calmer et l'on se préoccupe de mettre les médecins en garde contre les inconvénients et les dangers de cet antiseptique.

C'est dans ce but, qu'au mois d'avril 1886, M. Butte publie un mémoire, le premier en France, sur les accidents causés par *Le Sublimé comme Antiseptique*. Brun, peu après, dans sa thèse, sur *Les Accidents imputables à l'emploi chirurgical des Antiseptiques*, reprend les observations et les travaux parus sur le sublimé, discute les symptômes et conclut que, dans la plupart des cas, il s'agit bien d'intoxication mercurielle.

En décembre 1886, paraissent des recherches expérimentales de Doléris et Butte sur *L'intoxication par le sublimé*.

« Le lavage des muqueuses saines, disent-ils, est incapable de produire des accidents graves, celui des plaies, au contraire, de la diarrhée sanguinolente, du ténesme, des vomissements, de l'albuminurie et la mort. Les lésions portent sur les reins et l'intestin et elles sont identiques à celles décrites par Prévost, Charrin et Roger dans les cas de ce genre. »

Schœder préconise les injections phéniquées de préférence à tout autre antiseptique ; le sublimé même à 1 p. 4.000 et 1 p. 5.000 dans le vagin comme dans l'utérus peut selon lui « produire des accidents d'autant plus redoutables qu'ils apparaissent quelquefois plusieurs jours après l'irrigation. »

En 1890, Tarnier, tout en reconnaissant au sublimé sa supériorité sur les autres antiseptiques contre le streptocoque et le staphylocoque, ces microbes les plus redoutables de la nouvelle accouchée, l'abandonne aussi complètement et lui préfère le permanganate de potasse et l'iode.

Tout à tour employé et délaissé dans les services de la Maternité de Lyon, le sublimé fut très en honneur du temps de M. le Professeur Fochier, malgré les deux cas d'intoxication mortelle qui se produisirent à sa clinique.

Notre maître, M. Fabre, ne l'emploie plus que dans les cas de septicémie grave ; il lui a substitué l'iode et le permanganate de potasse dans la pratique courante des injections intra-utérines.

M. le Docteur Reynès, chef de clinique d'accouchement à la Maternité de Montpellier, nous a avoué, dans une communication écrite, que les dangers d'intoxication le rendaient très circonspect dans l'emploi du sublimé qu'il ne continue jamais longtemps sans interruption et sans en surveiller attentivement les effets.

M. le Professeur Queirel, de Marseille, dont nous tenions à avoir l'appréciation personnelle à ce sujet, nous a répondu que, « depuis bien des années déjà, il n'en fait plus usage. Il emploie uniquement, pour les injections intra-utérines, l'aniodol qui, dit-il, a justement l'avantage de ne pas être toxique, ni offensif en cas d'albuminurie. »

Nous aurions voulu compléter l'historique du sublimé en obstétrique, en insérant, à la fin de notre travail, tous les cas d'intoxication qui ont pu être observés depuis celui de Stadfeldt, le premier. Ils ont été successivement recueillis et signalés dans leurs ouvrages par MM. Brun, Butte et Sébillotte en 1891.

Nous nous bornerons donc à relater les observations les plus récentes.

Mais est-ce tout ? Ne s'est-il pas produit d'autres cas d'intoxication ? Nous ne le croyons pas. Il est possible que quelques médecins aient pu observer des accidents de ce genre sans les publier, soit par négligence, soit parce qu'ils ne comprenaient pas tout l'intérêt qui s'y attache, soit encore parce qu'ils obéissaient à ce sentiment regrettable qui fait reculer devant la divulgation malheureuse. Le sublimé, enfin, a dû aussi produire des empoisonnements qui ont été méconnus, la mort ayant été attribuée par erreur à l'infection puerpérale.

CHAPITRE II

Absorption du sublimé

Les premiers accidents que l'on observa en pratiquant des injections intra-utérines, furent attribués au passage du liquide dans les trompes et à son irruption dans le péritoine. Cette explication concordait assez bien avec les divers troubles observés : coliques, nausées, vomissements, frissons, lipothymies, douleurs plus ou moins vives au niveau du fond de l'utérus et dans les fosses iliaques, péritonite ou du moins péritonisme. Cependant, les recherches entreprises sur le cadavre pour vérifier si réellement le liquide injecté dans la cavité utérine pouvait passer dans le péritoine par les trompes, donnèrent des résultats négatifs ou contradictoires.

Rendu affirmait que c'était impossible ou du moins très difficile.

Fontaine concluait de ses expériences « à la nécessité d'une pression de 15 à 20 cm. au minimum pouvant aller jusqu'à 2 mètres, avant que le liquide refluat par les trompes ». Reprenant ces mêmes expériences, Vidal

de Cassis, Hourmann, Damyan et Tissier constatèrent que les liquides qu'ils processaient dans l'utérus sortaient non par la trompe mais par les orifices des veines du ligament large. Les expériences de ces auteurs montrent que la tension du sang dans les tissus utérins peut être évaluée à 2 cm. $1/2$ ou 3 cm. de mercure, ces 3 cm. de mercure correspondant à une colonne d'eau de 40 cm. environ.

Klemm a même été plus loin ; il a prouvé qu'à l'état de vacuité, sans qu'il existât de déchirure de la muqueuse utérine, on pouvait, par une injection forcée, faire pénétrer, 3 fois sur 18, le liquide jusque dans les veines de l'utérus et dans les ligaments larges. Si le liquide de l'injection est de l'eau bouillie, ou liquide peu toxique ou n'ayant pas de pouvoir coagulant sur le sang, la réaction de l'organisme est minime et ne se traduit que par quelques douleurs abdominales sans importance ; il n'en est pas de même si le liquide est toxique, car alors, aux douleurs d'intensité variable, viennent se surajouter des phénomènes d'intoxication qui diffèrent avec l'antiseptique employé : perchlorure de fer (Cedersyold, Pletzer), acide phénique (Küstner, Fritsch, Tarnier), sublimé (Mangin, Petit, Wötz, Thorn, Frommel, Fritsch, Tarnier).

Or, que se passe-t-il en clinique ? Dans l'immense majorité des cas, la pénétration du liquide injecté, dans les tissus veineux utérins, coïncide avec une contraction utérine énergique. A ce moment, le col se contracte sur la sonde ; dès lors, le liquide ne pouvant plus s'écouler et étant soumis à une forte pression dans l'utérus, tendra à s'échapper par une autre voie, c'est-à-dire à pénétrer dans les sinus.

On pourrait objecter à cette hypothèse que la contraction utérine aplatit les sinus et ferme leur ouverture, la fibre musculaire jouant le rôle de ligature vivante. Cela est vrai, mais il n'en est pas de même quand l'utérus contient des débris placentaires ou des morceaux de membranes adhérents. Dans ce cas l'utérus peut ne se contracter que partiellement laissant béants les sinus veineux de la partie non contractée, sinus dans lesquels peut pénétrer le bec de la sonde intra-utérine en se frayant un passage à travers les débris placentaires et la paroi utérine (obs. II). Le liquide pénètre alors directement dans le torrent circulatoire sans qu'il soit besoin d'une contraction du col.

Dans une autre catégorie de faits, lorsque l'utérus est mou et flasque, lorsqu'il saigne, on comprendra aisément que si l'injection est poussée sous une pression supérieure à la résistance, alors faible, des sinus utérins, le liquide pénétrera dans les veines sans qu'il soit besoin, pour cela, d'un obstacle à l'écoulement du liquide au niveau du col.

La quantité de liquide qui pénètre ainsi, peut être parfois très considérable, même quand la durée de rétention a été fort courte; en quelques secondes, 40 à 60 grammes de liquide peuvent être absorbés. Cela explique la rapidité avec laquelle apparaissent, dans certains cas, les phénomènes d'intoxication.

La muqueuse vaginale peut-elle, à son tour, être incriminée dans le mécanisme de l'absorption mercurielle? Nous pouvons, si elle est saine, répondre que non, quoi qu'en pensent Ahlfeld, Von Herrf, Doléris et Butte; car dans les expériences pratiquées par eux la muqueuse

vaginale était lésée, ou son épithélium altéré par des actions mécaniques ou chimiques.

La structure du vagin, l'enduit muqueux, épais et adhérent qui le recouvre à l'état normal, sont non-seulement peu propices à cette absorption, mais sont pour ainsi dire une barrière qui s'oppose à la pénétration du liquide toxique.

Chéron, à ce sujet, s'exprime ainsi : « Nous traitâmes, dit-il, par l'acide picrique employé en poudre et en solution, de nombreux cas de vaginite et d'ulcérations du col ; toutes les fois qu'il y avait desquamation, il y avait absorption, et la preuve en était indéniable puisque l'ictère picrique généralisé ne tardait pas à faire son apparition. Si, au contraire, les applications de poudre ou les injections étaient faites sur un col et un vagin dont l'épithélium était intact, il y avait une sorte de tannage des parties et rien de plus, c'est-à-dire, aucune manifestation, aucune preuve d'absorption, quelles que fussent les doses employées ».

Ainsi donc toute lésion du col ou du vagin offrira au sublimé une excellente voie d'absorption.

Il en est de même des déchirures du périnée, souvent très vastes chez les primipares, à cause, chez elles, de la faible résistance de ce dernier et de sa distension énorme au moment de l'expulsion. Nous ne citerons, comme exemple, que le cas de cette parturiente à qui Lömer pratiqua une périnéorrhaphie sous une irrigation continue de sublimé et qui succomba à des accidents aigus d'hydrargyrisme.

A côté de ces conditions, soit anatomiques, soit méca-

niques, il en existe d'autres relatives à la nature et à la qualité du liquide injecté.

Il est évident que plus une solution sera forte plus elle augmentera les dangers du mercurialisme. Elle était de 1 p. 500 dans les cas de Stadfeldt et Virchow, de 1 p. 1000 dans les cas de Lömer et Winter. Elle n'était cependant que de 1 p. 4000 dans les cas de Fochier, de 1 p. 8000 dans le cas de MM. Boissard et Coudert.

Si important que soit le titre de la solution employée, il l'est moins cependant que son mode de préparation. On sait l'importance qu'il faut attacher à la dissolution complète des sels de mercure employés pour faire des injections intra-utérines.

Il est encore de notion vulgaire, en chimie, que les solutions de sublimé coagulent l'albumine, en formant avec elle des albuminates insolubles. L'expérience nous démontre, en effet, que la solution de sublimé dans l'eau distillée, dans l'eau de source, ainsi que la liqueur de Van Swieten, versées dans un tube renfermant une solution d'albumine, rendent le liquide lactescent par suite de la formation d'un albuminate de mercure insoluble.

Les solutions avec le sel marin, avec le chlorhydrate d'ammoniaque donnent des précipités plus abondants. Il est donc tout naturel de penser que pendant une injection intra-utérine de sublimé, il se produit au contact des lochies et du sang des combinaisons insolubles d'albumine et de bichlorure de mercure.

C'est pour obvier à cet inconvénient que Laplace préconisa l'adjonction de l'acide tartrique aux solutions de sublimé; l'acide tartrique empêchant la transfor-

mation du sel mercuriel en albuminates insolubles. L'Académie fit alors adopter l'usage de paquets ainsi composés :

Sublimé corrosif.....	0.25 c g.
Acide tartrique.....	1 gr.
Solution alcoolisée de carmin	
d'indigo à 5 p. 100.....	1 goutte.

Mais, qu'il empêche les albuminates de se former, ou qu'il retarde seulement la coagulation, l'acide tartrique peut, dans les deux cas, favoriser une absorption rapide du sublimé et nous savons qu'une petite dose de sel mercuriel introduite d'un seul coup dans l'organisme est plus redoutable qu'une quantité forte absorbée lentement.

Lorsque le sublimé a été mal dissous dans l'alcool, ou bien, lorsqu'on se sert, pour faire extemporanément une préparation de bichlorure, d'eau bouillie dans laquelle on fait dissoudre des pastilles comprimées de sublimé, des particules de ce sel non dissoutes sont susceptibles d'être entraînées dans la circulation et par suite de causer des accidents sérieux. En effet, les cas sont fréquents où, bien qu'il n'y ait pas eu pénétration directe du liquide dans les tissus veineux, des accidents d'intoxication mercurielle apparaissent. En mettant de côté les prédispositions individuelles, on verra que, la plupart du temps, il faudra incriminer la préparation défectueuse de la solution employée.

Il semble que, moins que toute autre, la liqueur de Van Swieten, pure ou mieux dédoublée, ait donné lieu à des accidents sérieux; la raison en est que cette solu-

tion est plus stable et qu'elle doit à l'alcool qu'elle contient d'être hémostatique et peut-être aussi moins absorbable.

Si l'on peut discuter, enfin, sur le risque de la solution, il est hors de doute aussi que l'abondance du liquide injecté fait courir les plus grands dangers. Nous n'avons qu'à nous rapporter à l'observation de Winter pour constater que des quantités considérables de liquide très faible ont amené des accidents mortels.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

Chez les malades qui ont succombé à une intoxication mercurielle, ce qui frappe surtout, ce sont les lésions de l'appareil digestif et de l'appareil urinaire, organes plus particulièrement atteints.

TUBE DIGESTIF. — Dans la bouche, les altérations présentent des degrés différents ; tantôt on note seulement des traces d'inflammation (lésions difficiles à constater dans un examen post-mortem), tantôt des ulcérations occupant le bord des gencives et la face interne des joues ; la langue est épaisse, œdématiée et ulcérée. Enfin on observe des plaques gangréneuses sur l'amygdale, en même temps que se rencontrent ça et là des fausses membranes grisâtres pouvant aller quelquefois jusqu'à tapisser la cavité buccale tout entière.

L'œsophage est généralement sain. Dans un cas rapporté par Noetzel, il était contracté et la muqueuse presque totalement dépouillée de son épithélium ; ce dernier est très souvent congestionné.

Les lésions de l'estomac sont rares. A sa surface extérieure existent souvent des varicosités qu'on retrouve sous forme de suffusions sanguines étendues ou d'écchymoses punctiformes à la surface de la muqueuse.

Le duodénum est également très congestionné : toutes ses tuniques sont fortement vascularisées et on retrouve, là aussi, de petites hémorragies sous-muqueuses, mais toujours pas d'ulcérations.

L'intestin grêle est souvent normal jusqu'à 15 ou 20 cm. de la valvule iléo-cœcale. Quelquefois, cependant, il est légèrement congestionné, mais sans aucune lésion appréciable ; à peine une légère saillie des plaques de Peyer au niveau de la partie moyenne et inférieure du jéjunon-iléon ; la muqueuse est habituellement pâle ou colorée par la bile.

C'est sur les dernières parties de l'intestin grêle et sur le gros intestin que portent les lésions les plus étendues et les plus remarquables. Elles sont inégalement réparties sur le gros intestin ; les plus importantes siègent sur le cœcum et sur le colon ascendant.

Nous lisons dans un mémoire de M. Butte et dans la thèse d'agrégation de M. Brun que l'inflammation est localisée aux colons et que l'S iliaque et le rectum, bien que présentant parfois des lésions, sont le plus souvent indemnes. C'est également l'opinion de Frænkel et Virchow qui décrivent surtout la colite dans l'intoxication mercurielle. Dans notre observation II, nous voyons que les altérations du gros intestin, très étendues au niveau de la moitié inférieure du colon ascendant, s'arrêtent à 10 cm. environ de l'anūs et que le rectum est absolument indemne.

L'appendice est sain.

Suivant le degré de la lésion, la muqueuse intestinale peut présenter bien des aspects différents, depuis la congestion avec suffusions sanguines ou ecchymoses punctiformes jusqu'à l'ulcération étendue et profonde. Nous avons trouvé (obs. II), dans l'ampoule cœcale et dans les colons, des altérations simulant à s'y méprendre les lésions de la dysentérie épidémique ou sporadique. Il existait, en effet, un mélange d'ulcérations profondes, serpigineuses, à bords taillés à pic, à fond légèrement bourgeonnant et hémorrhagique, et du sphacèle étendu de la muqueuse.

A la coupe, la couche musculaire est fortement œdématisée ; les couches sous-muqueuses sont, en partie, molles et diffuses, en partie dures et infiltrées, de couleur gris jaunâtre, masses que l'on pourrait prendre, de prime abord, pour des matières fécales adhérentes à la surface de la muqueuse. Après lavage, on reconnaît que ce sont bien là des produits sphacéliques des tuniques intestinales profondément entamées. Les lésions prédominent sur les points de la muqueuse qui font saillie en dedans des bandes musculaires normales de l'intestin.

L'examen microscopique nous montre que, dans l'intervalle des ulcérations, là où la muqueuse paraît normale, il y a une infiltration et une tuméfaction des follicules et des cellules épithéliales. Au niveau de l'ulcération, le tissu cellulaire sous-muqueux est gonflé, il a doublé ou triplé d'épaisseur. Comme dans l'ulcération dysentérique, il est le siège d'un véritable phlegmon ; on y trouve des éléments altérés, des hémorrhagies interstitielles, des globules rouges et des globules de pus. La couche glandulaire est altérée ; elle est en voie de disparition sur le

pourtour de l'ulcération. A la surface existe une substance finement grenue, d'aspect homogène ; il se fait, sur certains points, un véritable processus d'élimination caractérisée par un sillon et une zone active de prolifération.

L'eschare et le tissu exubérant des ulcérations sont infiltrés de nombreuses bactéries.

REINS. — Les reins sont le siège d'altérations profondes. Ils sont gros, augmentés de poids, pâles et blancs, surtout très mous. La capsule se détache facilement ; quelquefois, cependant, comme nous avons eu l'occasion de l'observer, la capsule est épaissie, adhérente et, si l'on pratique la décortication, on enlève, par places des fragments du parenchyme rénal.

A la coupe, le rein a un aspect bizarre : le maximum des altérations siège au niveau de la substance corticale qui est généralement molle, pâle, de couleur gris clair, quelquefois comme lavée, sur laquelle tranchent des stries rougeâtres de nature congestive.

La substance médullaire paraît moins atteinte ; elle est cependant généralement pâle.

A l'examen microscopique du rein, on constate une néphrite parenchymateuse aiguë, quelquefois une néphrite diffuse, ou, si la mort a été rapide, une simple congestion.

La néphrite de l'empoisonnement mercuriel aigu a été étudiée par M. Gaucher dans sa thèse d'agrégation, où il rapporte les observations de Charrin et celles qu'il a faites lui-même avec Siredey.

Les glomérules légèrement distendus paraissent peu modifiés ; les altérations les plus considérables portent sur les épithéliums. La lumière des tubes contournés, des anses de Henle, se trouve beaucoup plus grande qu'à

l'état normal ; elle est doublée et même triplée. En beaucoup de points, les épithéliums manquent complètement ou, à demi détachés de la paroi, ils flottent dans la cavité ; ailleurs, la lumière du tube est complètement obstruée par des masses amorphes. Les cellules épithéliales sont privées de leurs noyaux.

Enfin des amas de cristaux brillants se déposent dans la substance corticale et dans les tubes contournés ; l'examen chimique nous apprend qu'il s'agit là de cristaux de phosphate de chaux.

Les autres organes sont beaucoup moins touchés par l'intoxication.

Le cerveau n'a malheureusement pas été examiné à l'autopsie des deux malades de M. Fochier.

Le cœur, généralement sain, présentait (obs. II) une légère hypertrophie au niveau de ses cavités gauches ; la séreuse avait un aspect normal, les valvules étaient saines ; l'aorte ne présentait elle-même aucune altération.

Les poumons sont plus souvent lésés ; il n'est pas rare d'y trouver des noyaux de broncho-pneumonie, de la bronchite, de l'œdème, de la congestion.

Sur les plèvres existent quelquefois des ecchymoses et un léger épanchement séreux.

Le foie, un peu hypertrophié, est de consistance ferme ; son parenchyme n'est pas friable ; pas de sclérose, macroscopiquement du moins. On note, cependant, un léger état graisseux. Pas de stase veineuse.

Généralement même, le foie est tout-à-fait normal. La rate et le pancréas sont toujours indemnes. Il en est de même des organes génitaux qui ne présentent guère que des lésions traumatiques, comme celles produites par le contact d'une sonde (obs. II).

CHAPITRE IV

Symptômes

Les symptômes de l'intoxication par le sublimé sont assez variables et se groupent d'une façon si bizarre qu'à un premier examen il est souvent difficile de soupçonner l'intoxication mercurielle. C'est que, pour la plupart, ces signes ne sont pas caractéristiques ; ils se retrouvent, en effet, dans beaucoup d'états pathologiques et ne constituent en quelque sorte que des indices capables de mettre sur la voie du diagnostic. Celui-ci est donc loin de s'imposer au début et ordinairement on ne pense guère à un empoisonnement qui, somme toute, est rare et sur lequel l'attention n'est pas attirée ; ce qu'il faut avant tout, c'est y penser.

Tardieu qui, le premier, a fait de l'empoisonnement mercuriel une étude complète et restée classique, décrit, lorsque le sublimé pénètre par la voie stomacale trois formes d'empoisonnement ; la forme suraiguë, la forme aiguë et la forme lente. Dans l'intoxication qui nous occupe, il nous est impossible de conserver cette division qui ne

cadre pas avec les faits observés. Ce que nous voyons, ce sont les accidents survenus après des irrigations intra-utérines avec des solutions à un titre parfois très faible ; la plupart du temps il est impossible de déterminer la dose absorbée et de savoir si la pénétration a été lente ou instantanée ; quant aux accidents observés ils sont de deux ordres bien différents ; les uns peu marqués, de courte durée, sont bénins et pour ainsi dire insignifiants, d'autres au contraire par leur gravité, par leur prolongation, font courir à la malade les plus grands dangers et peuvent entraîner la mort. Nous distinguerons donc deux formes, aux accidents mercuriels provoqués par les irrigations de sublimé chez les femmes en couches, et nous décrirons des intoxications légères et des intoxications graves.

Les accidents constatés à la suite d'*intoxication légère* sont des accidents analogues à ceux que l'on observe au cours d'un traitement mercuriel antisypilitique et qui consistent en des phénomènes de diarrhée avec coliques intestinales, de gingivite avec salivation abondante et fétidité de l'haleine. Il existe au niveau des gencives un liseré livide assez caractéristique. Ces phénomènes d'ordinares bénins disparaissent généralement dès qu'on cesse l'emploi de l'agent toxique.

La description de l'hydrargyrie et des érythèmes qui se manifestent après les irrigations de sublimé nous semblent devoir prendre une large place dans la symptomatologie de l'intoxication légère. Nous n'aurions garde de confondre l'hydrargyrie par absorption avec la dermatite vésiculeuse. Cette dernière, bien décrite par Bazin, dans son ouvrage *Des affections cutanées artificielles*, est une irritation toute locale qui survient par l'usage externe des

préparations mercurielles. Nous n'insisterons pas sur cette affection trop connue. L'hydrargyrie par absorption nous arrêtera davantage.

C'est généralement quelques heures après les injections faites pendant le travail et après la délivrance que paraît l'éruption, cependant elle s'est montrée plus tardive, et des injections vaginales étaient données depuis plusieurs jours, quand elle est apparue. Elle débute par la face supéro-interne des cuisses ; c'est aussi par là qu'on la voit commencer lorsqu'elle est consécutive à l'usage interne du mercure. Chez les accouchées, les régions vulvaires et inguinales qui ont été lavées, souvent abondamment, avec les solutions de sublimé, peuvent se couvrir de placards érythémateux qui servent de point de départ à l'éruption. Celle-ci est formée par des taches rouges, lenticulaires, à contours nets, ne faisant pas saillie ordinairement ; quelquefois, au contraire, formant un léger relief appréciable au doigt et visible quand on regarde à *jour frisant*. Au moment où l'éruption paraît, la malade ressent une sécheresse brûlante de la peau et un prurit extrêmement pénible qui l'oblige à se gratter. Les symptômes généraux sont nuls, ou bien, au contraire, il se manifeste un grand malaise, la fièvre monte à 39° et 39°,5, et la malade, agitée, se plaint de la tête et de la gorge, que l'on trouve alors rouge et sèche. L'érythème se généralise en suivant toujours le même ordre ; il envahit d'abord l'hypogastre et les faces interne et antérieure des cuisses, puis continue à monter sur la poitrine et à descendre à la partie interne des jambes ; sur les membres supérieurs ainsi qu'à la face externe des jambes et des cuisses, l'éruption se fait beaucoup plus tard. Le visage reste indemne, il en est presque

toujours de même des mains et des pieds. Ces taches d'un rouge vif s'effacent à la pression, elles peuvent rester isolées et discrètes ; elles offrent dans ce cas l'apparence des taches de la rougeole ou de l'urticaire. Rarement les choses se passent aussi discrètement. L'érythème devient confluent, les taches s'étendent à leur périphérie, ne tardent pas à former par leur réunion de larges nappes, d'où résulte une éruption érythémateuse diffuse, semblable à celle de la scarlatine. Cet érythème, on le voit, est essentiellement polymorphe, morbiliforme et d'un rose vif au début, il se fonce, prend l'aspect scarlatineux par suite de la confluence et de la réunion des taches ; il marche par poussées successives, et présente rarement de petites vésicules, seulement si le malade transpire beaucoup, on observe des sudamina. L'érythème pâlit et s'atténue progressivement, en suivant l'ordre dans lequel il est apparu. Les téguments de l'abdomen reprennent d'abord leur aspect normal, puis la poitrine, la face interne des membres inférieurs et enfin les bras et la face externe des cuisses et des jambes : il n'y a d'exception que pour la face supéro-interne des cuisses dont la rougeur disparaît quelquefois la dernière. Souvent les taches qui se sont montrées les premières ont déjà pâli et même disparu alors que l'érythème continue toujours sa marche envahissante. Après une durée variable de quatre à dix jours, l'éruption n'existe plus, elle laisse après elle la peau sèche et légèrement rugueuse ; alors peut se produire, mais d'une façon inconstante, une desquamation furfuracée, dont les squames sont plus petites que celles de la scarlatine.

INTOXICATION GRAVE. — Le mode de début de l'intoxication grave est des plus variables. En général les accidents

se montrent très peu de temps après, pour ne pas dire immédiatement après l'absorption. Ils s'annoncent soit par un frisson intense, une agitation extrême avec cyanose de la face et battements des ailes du nez. A ces signes se surajoutent quelquefois un tremblement généralisé, une sensation de froid, une angoisse extrême qui contribuent à donner à ce mode de début un aspect des plus dramatiques.

D'autres fois la malade, comme l'ont observé MM. Boissard et Coudert, tombe brusquement dans un état voisin de la syncope avec pâleur très prononcée de la face.

Aucun prodrome, en général, sauf, quelquefois des bourdonnements d'oreilles et une sensation de faiblesse, n'annonce l'éclosion de ces phénomènes généraux graves.

Lorsque l'intoxication est produite, elle se manifeste par un complexe symptomatique des plus sévères. Ce sont, tout d'abord, des troubles très marqués du côté de l'appareil digestif et de l'appareil urinaire. Les troubles intestinaux sont généralement les premiers en date. La diarrhée est de règle. Survenant de très bonne heure, elle est remarquable par la constance de ses caractères. Les évacuations alvines, tout comme dans la dysentérie, sont profuses et extrêmement fréquentes; d'abord muqueuses et glaireuses, elles prennent rapidement une teinte grisâtre pour devenir enfin nettement sanguinolentes. Très fétides, elles renferment parfois des débris de muqueuse sphacélée et des lambeaux de fausses membranes. Cette débâcle intestinale extrêmement tenace et rebelle à toute intervention thérapeutique s'accompagne toujours d'un ténisme rectal très douloureux et d'épreintes extrêmement pénibles ne laissant aux malades aucun repos.

Le ventre est douloureux à la palpation, tout particulièrement sur le trajet du gros intestin ; il se ballonne.

Comme dans tous les états intestinaux graves, on constate des nausées et des vomissements, mais peu caractéristiques ; alimentaires d'abord, ils ne tardent pas à devenir exclusivement bilieux. Incoercibles parfois, ils se produisent à chaque ingestion de liquide. L'intolérance gastrique est alors absolue. Il n'est plus possible d'alimenter les malades et de leur administrer le moindre médicament par la voie buccale.

Force est alors de recourir à la sonde œsophagienne et aux lavements tant alimentaires que médicamenteux.

Les lésions buccales accusent des symptômes importants qui se montrent le plus souvent après l'apparition des coliques et de la diarrhée. Ces symptômes consistent essentiellement dans les manifestations ordinaires de la stomatite mercurielle.

Celle-ci débute par un ptyalisme plus ou moins exagéré.

En même temps les malades éprouvent la sensation d'un corps étranger dans la bouche. La muqueuse buccale est tuméfiée dans toute son étendue, particulièrement au niveau des joues. Les gencives sont gonflées, la muqueuse recouvre une partie de la base des dents qui paraissent soulevées et allongées. Les malades ont la sensation que leurs dents sont ébranlées et prêtes à sortir des alvéoles. Elles accusent en même temps dans la bouche un goût métallique souvent très prononcé.

A un degré plus intense, la muqueuse buccale s'excorie par places, surtout aux points soumis à une pression plus forte, au niveau de la face interne des joues, par exemple.

Les gencives sont excoriées sur toute leur étendue. Elles se recouvrent, ainsi que les surfaces ulcérées, d'un enduit pultacé de couleur jaunâtre et de débris pseudo-membraneux fétides.

A cette période, la langue est épaisse, blanche, ses bords sont œdématisés et ulcérés ; elle se gonfle parfois au point d'empêcher la déglutition.

La stomatite, d'abord localisée aux gencives et à la face interne des joues, peut atteindre les amygdales. Dans le cas observé par MM. Boissard et Coudert, il existait une plaque gangréneuse sur chacune d'elles ; quand la plaqué de sphacèle se désagrégea, il se produisit une hémorrhagie incoercible qui amena la mort de la malade malgré tout ce que l'on put faire pour arrêter la perte du sang.

Pendant l'évolution de ces lésions, le ptyalisme persiste et devient excessif. Certains malades peuvent rejeter ou plutôt laisser couler de leur bouche plusieurs centaines de grammes de liquide dans une journée. Cette déperdition de salive, jointe à l'impossibilité de l'alimentation est une cause d'affaiblissement rapide. L'haleine est d'une fétidité particulière.

A côté de ces désordres survenant du côté de la bouche et des intestins, se manifestent d'autres accidents qui tiennent une place non moins importante dans la symptomatologie de l'intoxication mercurielle. J'ai nommé les troubles de l'appareil urinaire.

Ces derniers sont, en effet, très fréquents, pour ne pas dire constants. Ils sont la manifestation d'une néphrite parenchymateuse aiguë avec dégénérescence graisseuse ; lésions que l'on a retrouvées chaque fois sur la table d'autopsie.

Les urines sont troubles et contiennent de l'albumine quelquefois en quantité considérable. Elles sont toujours très diminuées ; on a même observé quelques cas d'anurie totale d'emblée ; le cathétérisme de la vessie ne ramenait que quelques gouttes d'urine très fortement teintées de sang. Cette anurie peut se prolonger pendant plusieurs jours, témoin le cas de MM. Boissard et Coudert, ce qui contribue à assombrir beaucoup le pronostic. Fochier pensait qu'une anurie se prolongeant plus de 24 heures entraînait un pronostic presque toujours fatal. Les troubles de la sécrétion urinaire s'accompagnent de douleurs parfois très intenses au niveau de la région lombaire.

Parmi les symptômes généraux en rapport avec l'intoxication mercurielle grave, on observe une céphalalgie intense qui se montre avec les premiers accidents et persiste pendant toute la durée de l'affection. La face est pâle ; les malades sont agitées. Elles sont en proie à l'insomnie, à un malaise général, souvent à une angoisse toute spéciale. La plupart sont dans l'abattement, répondant avec peine et ennui aux questions qui leur sont adressées. L'intelligence est le plus souvent intacte ; le système nerveux prend, en effet, une faible part aux phénomènes de l'intoxication mercurielle.

La température reste normale, oscille dans les environs de 37° à 38°.

Le pouls est petit, filiforme, d'une fréquence et d'une irrégularité extrême (100 à 120 pulsations à la minute). Ses caractères sont en rapport exact avec l'état du cœur dont les battements sont très faibles, parfois à peine perceptibles.

Assez souvent, la malade présente l'aspect d'une femme atteinte de fièvre typhoïde à forme ataxique ou adynamique.

On a noté, dans certains cas, des épistaxis et des phénomènes congestifs du côté de l'appareil broncho-pulmonaire.

Signalons enfin, pour terminer, les éruptions cutanées qui sont assez fréquentes. Elles consistent en tâches, érythèmes rubécoliformes ou scarlatiniformes, qui débent par les membres; ce sont des taches qui s'élargissent, se joignent par leurs bords et forment de larges plaques à bords sinueux et irréguliers, plus pâles au centre qu'à la périphérie.

L'éruption décroît d'abord dans les régions primitivement envahies : la peau devient sèche, ridée et se desquame par places. « Ces éruptions hydrargyriques, dit Tarnier, s'accompagnent presque toujours de chaleur de la peau, de cuisson et de démangeaisons si vives parfois, qu'elles empêchent les malades de prendre le moindre repos ni le jour ni la nuit. L'intensité des démangeaisons n'a d'ailleurs aucune valeur au point de vue du pronostic. »

On a voulu rattacher les symptômes décrits à ceux de l'infection puerpérale.

Lorsque le tableau symptomatique sera complet, qu'à la diarrhée, aux urines albumineuses et rares, à l'anurie, s'ajouteront les symptômes si caractéristiques du côté de la bouche, la gingivite avec son liseré métallique, les fausses membranes diphtériques et la salivation, il sera difficile de confondre l'empoisonnement mercuriel avec l'infection puerpérale. Mais lorsque la diarrhée existe seule avec les troubles rénaux, il faut y regarder de plus près. Nous savons que l'infection puerpérale s'accom-

pagne d'une fièvre vive avec rémission matinale et présentant une courbe à grandes oscillations ; de plus, la diarrhée n'a pas ce caractère de soudaineté que l'on observe, en général, dans l'intoxication mercurielle ; elle survient quand la maladie est avancée ; elle est, en général de bon augure et annonce une amélioration prompte et définitive.

Les lochies sont abondantes et fétides, l'abdomen est douloureux et la pression, au niveau de l'utérus et des annexes, très pénible dans la fièvre puerpérale. Rien de tout cela dans l'intoxication par le sublimé. La température est souvent au-dessous de la moyenne. Les selles dysentériques sont rebelles à toute intervention thérapeutique et durent jusqu'à la mort. Les organes génitaux sont sains. Enfin, l'examen des selles et des urines pourra lever le doute en faisant découvrir du mercure.

Lorsque l'intoxication doit avoir une terminaison fatale, la durée des accidents est, en moyenne, de 8 à 10 jours. La diarrhée, la stomatite et les troubles urinaires persistent avec une intensité variable jusqu'à la terminaison souvent précipitée par des hémorrhagies viscérales. Les malades meurent souvent dans le collapsus amené par les progrès de l'affaiblissement général. On peut constater à ce moment des œdèmes avec bouffissure de la face.

Il n'est pas rare de voir une rémission apparente survenir le cinquième ou sixième jour, rémission le plus souvent trompeuse et bientôt suivie de la reprise des accidents et de la mort.

La terminaison, cependant, n'est pas toujours fatale. On peut voir les accidents s'amender sous l'influence du traitement, disparaître et la guérison survient plus ou moins rapidement.

CHAPITRE V

Traitement

Dès que les premiers symptômes de l'intoxication mercurielle se manifestent, la première indication qui s'impose, est de cesser immédiatement et d'une façon absolue les injections de sublimé. Si les symptômes sont légers, ils disparaîtront presque spontanément. Le régime lacté sera ordonné cependant pour faciliter le bon fonctionnement rénal et activer la diurèse.

Dans les cas graves, comme ceux que nous avons pu recueillir, le traitement sera plus complexe.

Trois voies peuvent servir à l'élimination du mercure : les reins, les voies digestives, et la peau. Il ne faudra négliger aucune de ces voies.

Les reins sont rapidement atteints de néphrite parenchymateuse; on ne tardera pas à leur venir en aide. C'est encore le lait aliment et remède qu'il faudra faire prendre. Les lavements de sérum artificiel, non-seulement en activant la diurèse, mais encore en relevant

l'état général de la malade, constitueront une thérapeutique précieuse.

La caféine, médicament tonique du cœur, pourra aussi rendre de grands services.

Les douleurs rénales, parfois très vives, seront combattues par l'application de sangsues ou de ventouses scarifiées au niveau du triangle de J. L. Petit.

Quant à l'intestin, s'il présente de la constipation ou même une diarrhée très faible, on ne craindra pas d'administrer une purgation saline et d'entretenir le ventre libre au moyen de laxatifs doux. Inutile de dire qu'entre tous les purgatifs on ne fera pas choix du calomel.

Mais lorsqu'il existe de la diarrhée, une diarrhée abondante mêlée de sang, que doit-on faire? Est-il sage ou imprudent de l'arrêter? Il est certain que le mercure se retrouve dans les fèces et que la diarrhée aide à son élimination; aussi n'hésite-t-on pas à recommander les purgatifs lorsque la diarrhée est faible, à plus forte raison lorsqu'il existe de la constipation. Mais, en cas de diarrhée rebelle, tenace, abondante, il y aurait péril à laisser la malade s'affaiblir, s'épuiser par des évacuations abondantes, d'autant plus qu'il n'est pas démontré que, dans ces cas, l'élimination du mercure croisse proportionnellement à l'intensité du flux intestinal. On modérera donc les diarrhées intenses par l'administration quotidienne d'un purgatif salin (sulfate de soude, eau de Sedlitz).

En cas d'intolérance gastrique absolue, les vomissements se reproduisant à chaque ingestion de liquide, on s'adressera de préférence aux lavements froids, aux irrigations rectales d'eau bouillie simple ou d'eau de chaux,

qui, renouvelées souvent, balayeront les produits putrides et empêcheront la résorption.

Les douleurs abdominales, souvent très intenses, seront calmées soit par l'addition aux lavements froids de 15 à 20 gouttes de laudanum, soit par l'application de cataplasmes laudanisés sur la paroi abdominale, soit enfin par l'ingestion de préparations opiacées par la voie buccale. Ce dernier moyen pouvant augmenter la somnolence et le collapsus que l'on rencontre généralement dans l'intoxication mercurielle, on lui préférera les cataplasmes ou les lavements laudanisés.

Les vomissements, avons-nous dit, deviennent quelquefois incoercibles, à tel point qu'il est impossible de faire ingérer à la malade aucun liquide nutritif ni aucune préparation médicamenteuse. Le lait glacé seul, administré par petites gorgées, n'est parfois pas rejeté. Force est alors de recourir à la sonde œsophagienne et aux lavements tant alimentaires que médicamenteux.

Cependant le lavage de l'estomac avec deux litres d'eau d'Évian tiède a donné à MM. Boissard et Coudert d'excellents résultats. Sous l'influence de cette médication les vomissements diminuèrent peu à peu de fréquence et finirent même par être complètement enrayés.

Dès qu'apparaîtra l'inflammation de la muqueuse gingivo-buccale, on recommandera, aussi bien dans les cas légers que dans les cas graves, de veiller à l'antisepsie de la bouche. Les lavages seront fréquemment renouvelés de même que les gargarismes avec une solution de chlorate de potasse à 4 p. 100 ou 1 p. 100 seulement dans le cas où la solution précédente serait trop caustique et trop douloureuse.

Il y aurait enfin un grand intérêt, non-seulement à ne pas négliger l'élimination du poison par la peau, mais encore à l'activer. Les bains chauds savonneux, préconisés par M. Bar dans le traitement de l'éclampsie, pourraient avoir une influence très heureuse dans le traitement de l'intoxication mercurielle. Les bains, en effet, faciliteraient le bon fonctionnement de la peau par leur effet diurétique, ramèneraient la sécrétion urinaire si elle faisait défaut, ou l'augmenteraient lorsqu'elle serait seulement diminuée. Mais l'état de la malade s'oppose souvent à ce traitement; une syncope peut d'ailleurs en résulter.

CHAPITRE VI

Prophylaxie

En présence de toutes ces considérations relatives aux accidents d'intoxication parfois mortels que peut entraîner l'usage du sublimé chez les femmes en couches, devons-nous conclure à sa proscription absolue ? Certes, telle n'est pas notre idée. Car, si nous pouvons reprocher à cet antiseptique d'être le plus dangereux et le plus toxique, nous sommes obligé de reconnaître qu'il est le plus puissant et le plus précieux. Nombre de parturientes ont pu, grâce à lui, échapper à une mort presque certaine.

Il existe cependant des circonstances bien déterminées où son emploi étant particulièrement dangereux, il faut savoir s'en abstenir.

C'est, en premier lieu, dans les cas de rétention du placenta, quand le délivre est, en entier ou partiellement, retenu dans la cavité utérine, soit après l'avortement, soit après l'accouchement à terme. Dans ces circonstances, en effet, il se produit de l'infection putride, et, comme une solution d'iode à 3 p. 1.000 tue plus rapidement le vibrion septique que le sublimé, on se servira de l'iode.

On redoutera aussi l'emploi du sublimé chez les femmes épuisées par des hémorrhagies abondantes. Les muqueuses anémiées ont, en effet, un grand pouvoir absorbant, de telle sorte que les solutions mercurielles des injections étant en partie absorbées, le sublimé passerait dans le sang en quantité notable.

Il sera proscrit également chez les albuminuriques, car le sublimé produisant la dégénérescence graisseuse de la substance corticale du rein, ajouterait des altérations nouvelles aux lésions déjà existantes, et aggraverait considérablement le mal. L'insuffisance de l'élimination du mercure par le rein pourrait donc devenir la cause d'une intoxication redoutable.

Les femmes cachectiques dont l'organisme a peu de résistance supportent mal le sublimé ; aussi pour ne pas s'exposer à empoisonner ces femmes en cherchant à les mettre à l'abri de l'infection, devra-t-on se contenter d'antiseptiques inoffensifs comme le permanganate de potasse et l'iode. De plus dans tous les autres cas, même chez des accouchées bien portantes, il faut être, pour ainsi dire, à l'affût des accidents d'intoxication.

Devrons-nous, pour toutes ces causes, supprimer les injections intra-utérines ? Non, car cette thérapeutique sauve nombre de femmes qui, sans elles, seraient mortes infectées. Les dangers qui peuvent en résulter sont si rares et leurs bienfaits si grands, que la conduite à tenir n'est pas douteuse. Mais nous croyons seulement devoir restreindre l'usage du sublimé. En effet, en recherchant dans quelles circonstances l'intoxication mercurielle s'est produite, on trouve que dans presque tous les cas on a eu recours aux injections intra-utérines et deux fois seulement

aux injections vaginales. Les femmes, en effet, chez lesquelles on pratique des injections vaginales, sont exposées à l'intoxication par le sel mercuriel. Il est vrai qu'on ne leur fait courir des dangers de mort que dans une proportion infinitésimale. L'absorption du sublimé est surtout à craindre dans ces cas, quand une partie du liquide injecté séjourne dans le vagin, comme cela a lieu chez certaines femmes dont la vulve est étroite et le périnée élevé en avant. Aussi Garrigues, qui a insisté sur cette particularité, recommandait-il pour obtenir l'évacuation du liquide retenu dans le vagin, de repousser, en bas, le périnée, ou de faire coucher la femme sur le côté une fois l'injection terminée.

En présence des cas, où le sublimé nous paraît formellement contre-indiqué, vers quel autre antiseptique devons-nous porter notre préférence ?

La clinique aidée de l'expérimentation nous a démontré que l'acide borique et le naphthol n'ont qu'un pouvoir microbicide médiocre et ne répondent, en aucune manière, à la condition d'efficacité requise.

L'acide phénique, doyen des antiseptiques, a joui, pendant 10 à 15 ans d'une vogue extraordinaire. Mais à la longue comme toujours, l'enthousiasme s'est calmé et on lui a reconnu de nombreux inconvénients, celui surtout de n'être pas exempt de dangers pour les accouchées, chez lesquelles on a vu se produire des cas d'empoisonnements inquiétants.

Le lysol, le phénosalyl, le sulfate de cuivre, tour à tour expérimentés par Vignal aux points de vue antiseptique et toxique, ont été aussi employés. On tend à l'heure actuelle à les délaissier complètement.

Le permanganate de potasse, non toxique, est un agent efficace contre le vibrion septique et la fièvre putride engendrée par la rétention des membranes ou du placenta. L'emploi des solutions de permanganate est donc rationnel et parfaitement indiqué toutes les fois que les lochies sont fétides et qu'on a des raisons pour éviter l'emploi des antiseptiques toxiques. On s'en servira chez les albuminuriques dont les reins fonctionnent mal, comme chez les femmes anémiques qui sont très sensibles à l'action des antiseptiques.

Excellent pour les traumatismes étendus, pour les plaies anfractueuses qui offrent à l'absorption des surfaces considérables, il est enfin très utile, comme nous le disions plus haut, dans tous les cas où les lochies sont rendues fétides par la putréfaction, dans les organes génitaux, de caillots, de membranes, de débris placentaires. On l'emploiera alors avec avantage, et ce, à la dose de 0.50 p. 1.000 non seulement pour les injections vaginales, mais encore et surtout pour les injections intra-utérines.

L'iode est aussi un antiseptique très puissant. En solution à 3 p. 1.000 il a sur le streptocoque et le staphylocoque une action au moins égale à celle du sublimé, sur lequel il a l'immense avantage de n'exposer à aucun danger d'intoxication grave.

Les phénomènes généraux de l'iodisme, en effet, sont peu manifestes, bien qu'on retrouve cette substance dans l'urine cinq minutes après l'injection. Pour notre part, nous n'avons jamais observé ni phénomènes nerveux (céphalalgie, vertiges, douleurs), ni phénomènes digestifs, ni phénomènes congestifs du côté des muqueuses (conjonctivite, rhinite). Ces accidents, d'ailleurs, n'ont

aucune gravité puisqu'ils disparaissent ordinairement sans laisser de traces dès qu'on suspend l'emploi du médicament.

L'iode doit, enfin, son efficacité non seulement à sa puissance antiseptique, mais encore à la facilité avec laquelle il pénètre dans les tissus, et en cela il est, de beaucoup, supérieur au sublimé qui, lui, n'agit guère qu'en surface.

L'iode pourra donc, à notre avis, être utilisé avec grand avantage et ce, quelque soit, d'ailleurs, la forme d'infection à combattre, qu'il s'agisse de la forme suppurative ou de la forme septicémique; mais c'est principalement dans les cas d'infection putride que son emploi est indiqué lorsque, par exemple, des débris de placenta ou de membranes se putrifient dans la cavité utérine.

La solution qui nous paraît préférable est celle de MM. Tarnier et Vignal ainsi composée :

Iode métallique	3 gr.
Iodure de potassium	6 gr.
Eau distillée	1.000

Le seul inconvénient de cet antiseptique, est de provoquer une cuisson le plus souvent passagère dans la région vulvaire et anale, cuisson que l'on peut, d'ailleurs, atténuer très notablement en ayant soin de lubrifier la vulve, le périnée et l'anus avant de procéder à l'injection.

En présence d'une hémorrhagie de la délivrance, l'injection intra-utérine d'eau bouillie simple pourra suffire; il est vrai que cette dernière n'est pas antiseptique, mais du moins, elle est à peu près aseptique, l'ébullition prolongée tuant la plupart des microbes, et, en particulier, les microbes pathogènes de la fièvre puerpérale.

Ainsi donc, dans la pratique courante des injections intra-utérines, on évitera de faire usage de solutions de bichlorure de mercure, et l'on s'adressera de préférence à l'iode ou au permanganate de potasse suivant les cas.

Mais, en présence d'une malade atteinte de septicémie grave, alors que la température se maintient dans sa courbe, de grandes oscillations, que les injections intra-utérines d'iode, de permanganate de potasse se montrent impuissantes à enrayer la marche de l'infection, alors, enfin que la malade est vouée à une mort pour ainsi dire certaine, il nous paraît de notre devoir d'avoir recours au sublimé. (Un curage digital aura, au préalable, débarrassé la cavité utérine, des débris membraneux ou placentaires, qu'elle peut contenir).

Quelle solution choisira-t-on ?

Nous savons, pour l'avoir étudié dans un précédent chapitre, que les solutions aqueuses s'allèrent très facilement. Nous avons fait des réserves sur les solutions de sublimé avec adjonction soit de chlorure de sodium, soit de chlorhydrate d'ammoniaque, soit enfin d'acide tartrique. Une seule a fait ses preuves, c'est la solution alcoolique, la liqueur de Van Swienten conseillée, dès 1881, par Tarnier. On l'emploiera à la dose de 1 p. 4.000 ou de 1 p. 5.000.

Les trop grandes quantités, comme aussi les solutions trop fortes, seront absolument proscrites.

De plus, la solution injectée sera chaude à une température de 40° à 50° ; alors, elle agit puissamment sur l'utérus qui se contracte et ferme les voies d'absorption. Le pouvoir antiseptique du sublimé serait même augmenté par l'élévation de température, d'après les recherches expérimentales du Docteur Ahl.

Les irrigations utérines ne seront ni trop fréquentes, ni trop prolongées ; à fortiori devra-t-on se garder de faire des irrigations continues. On se servira toujours d'une sonde à double courant permettant le retour du liquide injecté ; le récipient injecteur sera peu élevé, à une hauteur de 0,30 à 0,40 cent, 0,50 au plus, afin que le liquide s'écoule sans pression, comme en bavant.

On surveillera, enfin, avec une grande attention, que l'utérus se contracte bien et ne se laisse pas distendre. Toujours, la main gauche, placée sur l'hypogastre, embrassera le fond de l'utérus, le frictionnant et le comprimant pendant toute la durée de l'injection. Celle-ci terminée, on s'assurera que l'utérus n'est pas distendu, qu'il n'existe pas de rétention du liquide. En déprimant la fourchette, et en écartant la vulve après l'injection, s'il reste du liquide dans le vagin, il pourra s'échapper.

De plus, une excellente précaution consiste, à faire suivre chaque injection intra-utérine de sublimé, d'une irrigation d'eau bouillie destinée à chasser les quelques gouttes de la solution mercurielle qui auraient pu séjourner dans la cavité utérine.

En résumé, le sublimé exposant les nouvelles accouchées à des accidents graves d'hydrargyrisme, il convient, nous semble-t-il, de n'avoir recours à cet antiseptique que dans des cas de septicémie grave, et de lui substituer soit la solution iodo-iodurée, soit le permanganate de potasse, dans la pratique courante des injections intra-utérines. Celles-ci, nous en sommes convaincu, continueront à être employées couramment et donneront, dans l'avenir comme par le passé, les meilleurs résultats.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Un cas d'intoxication mortelle par le sublimé à la suite d'une injection intra-utérine vingt-cinq jours après l'accouchement, par le Docteur Poux (Toulouse).

M^{me} T..., V parè, accoucha le 5 septembre 1898 d'un enfant à terme, bien développé. L'accouchement fut normal, seule la délivrance, au dire des personnes présentes, fut un peu pénible; le placenta, expulsé, était déchiré et une partie des membranes manquait. Malgré cela, les suites de couches se passèrent sans gros incident et, à part quelques douleurs vagues dans les lombes et un sentiment de faiblesse générale accusé par M^{me} T..., aucune complication sérieuse ne nécessita la présence d'un médecin. Les lochies sanguinolentes durèrent une dizaine de jours, et à ces dernières succédèrent des pertes blanches dont l'abondance amena la nouvelle accouchée à demander conseil au Docteur Marceillac de Verfeil qui était venu dans le village pour voir une autre malade. Celui-ci prescrivit deux injections vaginales par jour prises avec un litre d'eau bouillie additionnée d'un des paquets suivants :

Sublimé corrosif.	0.50
Acide tartrique.	1 gr.

Il recommanda à la malade l'usage de la douche d'Esmarck et de la grosse canule vaginale en verre. Mais M^{me} T... ne se conforma pas à cet avis et possédant déjà un vieil injecteur en métal surmonté d'une poire de caoutchouc, et muni d'une petite canule en os, sem-

blable aux canules d'irrigateurs, elle voulut utiliser cet appareil. Il faut ajouter que le mari avait vu en feuilletant des livres de médecine (ce qui était pour lui une véritable manie), que dans certains cas de leucorrhée abondante on donnait des injections intra-utérines aux femmes. Partant de cette idée, il conseille à sa femme, au moment de prendre son injection, de chercher avec le doigt le col de l'utérus et de tâcher d'introduire la canule dans l'orifice cervical. Cette petite opération fut d'autant plus facile, dans ce cas, que M^{me} T... n'était jamais restée couchée plus de trois ou quatre jours, lors de ses quatre accouchements précédents, et avait un prolapsus de l'utérus assez prononcé pour que le col arrivât à l'entrée du vagin. Ainsi donc, pour prendre les injections prescrites par le Docteur Marceillac, M^{me} T. ., dans le décubitus dorsal, plaçait la canule et son mari pressait sur la poire en caoutchouc de l'injecteur de toute la vigueur dont il était capable afin de faire pénétrer plus haut dans les organes génitaux de sa femme le liquide de l'injection.

La première injection fut prise le 1^{er} octobre, à 11 heures du matin, c'est-à-dire vingt-cinq jours après l'accouchement; mais une fois la canule mise en place, à peine le mari avait-il poussé cinq ou six fois sur la poire en caoutchouc de l'injecteur que M^{me} T... était prise de coliques intolérables et de nausées; elle se sentait défaillir et laissait aller la canule. Le mari s'arrêtait aussitôt, mais les douleurs abdominales, loin de s'atténuer, devenaient de plus en plus violentes, les vomissements bilieux apparaissaient suivis bientôt d'une métrorrhagie abondante.

Le Docteur Marceillac voyait la malade, à 4 heures du soir, et voici la note rédigée par lui à ce premier examen : « Je trouvai la
« malade, dit-il, dans un état d'excessive gravité; la température
« s'élevait à 38°4, le pouls radial n'était pas perceptible et il fallait
« recourir à l'auscultation pour compter les battements du cœur
« qui étaient au nombre de 130 à la minute; ces battements étaient
« faibles, et je remarquai de nombreux faux pas. Pas de lésion
« valvulaire du cœur. L'angoisse était extrême, la face cyanosée, la
« respiration haletante, les extrémités froides, les traits tirés; la
« malade souffrait beaucoup du ventre, elle vomissait sans cesse et
« ses pertes sanguines continuaient très abondantes. »

Prescriptions :

Deux injections d'éther.

Potion à l'ergotine.

Vessie de glace sur l'abdomen, boissons glacées.

Le Docteur Marceillac se demandait si cette abondante métrorrhagie ne pouvait pas tenir à quelques débris placentaires restés dans l'utérus, et ne voulant pas supporter seul la responsabilité d'un cas s'annonçant comme très grave, il me fit prier de voir la malade avec lui. A 11 heures du soir, heure à laquelle je vis M^{me} T..., l'état était toujours à peu près le même, seule la métrorrhagie avec cessé, et assurément à ce moment-là, une manœuvre quelconque eût-elle été nécessaire, que la faiblesse dans laquelle se trouvait la malade, devenait une contre indication formelle. D'ailleurs l'utérus un peu plus gros, il est vrai, qu'il n'aurait dû être, présentait un col fermé, nullement perméable, si ce n'est au niveau de l'orifice externe (col des grandes multipares) ; de plus, il n'y avait aucune fétidité du côté de l'écoulement utérin qui était encore un peu rosé. Caféine, 1 gr. par jour ; sérum artificiel, 1 litre ; opium à l'intérieur, telles sont les prescriptions que j'ajoute à celles déjà formulées par mon confrère.

Ce dernier revoit la malade le lendemain soir dimanche, il la trouve sensiblement améliorée. « Elle jouit d'un calme relatif, « dit-il lui-même, les vomissements ont cessé, les douleurs abdominales sont vives, mais le ventre s'est un peu météorisé et le « creux épigastrique est le siège d'une douleur cuisante. Il survient « en outre de la céphalalgie, et la malade accuse une sensation de « courbature généralisée. Température = 36°3. Pouls 128 ; les pulsations, encore bien faibles, sont cependant perceptibles à la « radiale.

« La langue est humide, mais épaisse et blanchâtre ; la face est « bouffie et semble œdématiée. Il n'y a pas eu d'émission d'urine « depuis le début des accidents.

« On continue l'usage de la caféine et du sérum artificiel. On « donne du lait glacé. »

Lundi 3 octobre. — Je vois la malade moi-même, et ne l'ayant pas revue depuis le jour de la fatale injection, je la trouve bien mieux

comme état général, elle ne ressent plus les douleurs spontanées qu'elle accusait au niveau du ventre, ses vomissements sont arrêtés ; mais le ventre reste douloureux au palper et la douleur est surtout vive, au niveau du creux épigastrique. La sensation de courbature s'est accentuée, la malade ressent des douleurs musculaires dans les membres, la céphalalgie persiste.

Le facies est hîstré; les pupilles dilatées, le regard un peu vague, la parole lente, et il y a tendance continuelle à l'assoupissement.

Mais ce qui frappe le plus pour le moment, dans l'état de M^{me} T..., c'est une diarrhée abondante et les besoins presque constants d'aller à la selle. La diarrhée a commencé pendant la nuit, les selles renferment du sang en assez grande abondance, et elles dégagent une odeur fade toute particulière, véritable odeur de gangrène. De plus, la langue est sèche, l'haleine fétide, il existe un liseré blanchâtre sur le bord des gencives ; la malade se plaint de la gorge et éprouve une grande difficulté pour avaler, mais il n'y a pas de salivation. Le pouls, ce jour-là, bat 112 pulsations, la température est à 36°3.

Il n'a pas été possible de recueillir la plus petite quantité d'urine.

Mardi 4 octobre. — Matin : Température, 36°5. Pouls, 106 ; la nuit de lundi à mardi a été mauvaise, la malade a eu plusieurs syncopes.

Soir : Température, 36°5. Pouls, 106.

Mercredi 5 octobre. — Matin : Température, 36°7. Pouls, 104. Un peu de délire dans la nuit ; la matinée est un peu meilleure, la malade rend spontanément quelques grammes d'urine qui renferme de l'albumine en grande quantité.

La diarrhée sanglante persiste, dégageant toujours cette odeur particulière déjà signalée et renfermant des débris blanchâtres analogues à des râclures d'intestins.

Dans l'après-midi de mercredi l'état s'aggrave, les reins ne fonctionnent pas du tout, le délire apparaît, et, vers le soir, la malade tombe dans un état semi-comateux, d'où il est impossible de la tirer.

Jeudi 6 octobre. — L'état est de plus en plus grave, le pouls filiforme bat 130 pulsations à la minute, la malade a complètement perdu connaissance, la respiration est précipitée et bruyante et elle laisse échapper sans le sentir des matières fécales toujours sanguinolentes et de plus en plus fétides.

La mort arrive dans le coma, pendant la nuit du 6 au 7 octobre, sans qu'une goutte d'urine ait pu être extraite de la vessie et sans qu'aucun des moyens employés (caféine, sérum, théobromine, lait) ait pu réussir à faire fonctionner le rein. Il est regrettable que l'autopsie n'ait pu être faite, car assurément, elle aurait permis de relever les différentes lésions constatées du côté des reins et de l'appareil digestif dans les cas d'empoisonnement aigu par le sublimé ; en tout cas, il ne semble pas que les symptômes observés ne laissent aucun doute au sujet du diagnostic.

Mais il est plus aisé de discuter sur la voie d'absorption de l'agent toxique et sur la dose de poison qui a pu amener un pareil dénouement.

Ici, le champ est ouvert aux hypothèses ; voici celles que je me permets d'émettre :

1° Sous l'influence d'une pression considérable, le liquide chargé de sublimé a reflué de l'utérus dans le péritoine, peut être grâce à une perméabilité anormale de la trompe, en rapport avec la subinvolution utérine constatée et due elle-même à une infection légère qui expliquerait les petits malaises, la faiblesse générale et la leucorrhée abondante accusée par M^{me} T... pendant les suites de couches.

2° Au point de vue de la dose de sublimé absorbée, il faut admettre, me semble-t-il, ou bien une susceptibilité particulière de la malade rendant compte de l'empoisonnement avec une faible dose, ou bien le passage d'une dose beaucoup plus considérable de sublimé, précipité à cause de la quantité trop faible d'acide tartrique et entraîné par l'injecteur qui pompait le liquide au point le plus déclive.

OBSERVATION II (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le D^r Fabre).

Marguerite M..., 32 ans primipare. Entrée le 11 avril 1903, à 8 heures du soir, accouche le 12 avril à 2 heures du matin, sans accidents pendant le travail et la délivrance.

Les eaux étant un peu troubles on fait une injection intra-utérine.

L'enfant présente un aspect cyanosé et vit à peine deux minutes. Tous les soins pour le ranimer sont inutiles. Il a le ventre très distendu et la mère dit avoir eu une éruption. La spécificité est donc probable, elle en a eu d'ailleurs tous les malaises.

Enfant pèse 2590. — Placenta 620.

Du 12 au 16 la température se maintient entre 38° et 39°.

Le 16 on pratique une injection intra-utérine de sublimé à 1 p. 4000. On s'aperçoit que l'injection ne ressort pas; on bouge la sonde, il sort du sang, on finit l'injection, et on fait ensuite deux lavages à l'eau bouillie.

Dans la soirée du même jour, trois quarts d'heure après l'injection, grand frisson, sans élévation de température. En même temps, anxiété générale, douleurs abdominales, la malade n'urine pas le soir; un cathétérisme ne ramène que quelques gouttes d'urine trouble.

17 avril. — Apparition d'une diarrhée profuse, dysentérioriforme, avec selles muqueuses et glaireuses, parfois sanguinolentes, d'une odeur extrêmement fétide. Épreintes, douleurs extrêmes. Le matin le cathétérisme vésical ramène de l'urine fortement mêlée de sang.

Depuis le 17 avril, anurie totale. La malade a uriné une dernière fois dans la nuit du 16 au 17, le 17 au soir comme elle n'a pas émis une seule goutte, on la sonde et on retire quelques gouttes d'urine sanguinolente.

On fait le matin une injection de 500 gr. de sérum artificiel sous le sein gauche.

Le soir 300 gr. de sérum sous le sein droit.

18 avril. — L'anurie persiste absolue.

Connaissance absolument conservée.

On donne de grands lavements froids (deux litres), qui ne sont pas gardés, et des lavements de sérum.

La diarrhée continue. Douleurs dans les gencives et les dents. Pas d'ulcération. Langue saburrale, la malade est descendue à la 2^{me} Infirmerie.

19 avril. — Anurie absolue. La diarrhée est moins violente, mais les épreintes et le ténesme fatiguent beaucoup la malade.

Le matin, 600 gr. de sérum dans la cuisse gauche.

A midi, M. Piollet applique cinq sangsues aux environs du triangle J. L. Petit, à gauche, le soir, cinq autres sangsues au même point, à droite.

On sonde la malade qui n'a pas uriné de la journée; on retire 3 ou 4 c. c. d'urines troubles qui, chauffées se prennent en masse.

L'haleine est devenue extrêmement fétide.

On constate que les gencives sont rouges, tuméfiées, violacées par places; sur la face interne des joues on voit des plaques grisâtres, ulcérées. Gargarismes au Cl O³ K.

20 avril. — Cette nuit et ce matin, la malade a émis quelques gouttes d'urine. La diarrhée a diminué un peu. Haleine fétide. Ulcérations des joues et du bord de la langue recouvertes d'un enduit blanc jaunâtre.

Un peu de bouffissure de la face et des malléoles. Le gargarisme à 4 p. 100 douloureux est remplacé par un autre à 1 p. 100 de Cl O³ K. On met des cataplasmes laudanisés sur l'abdomen et on injecte 600 gr. de sérum sous le sein droit. La malade boit un peu d'eau albumineuse, lait, café, limonade.

21 avril. — Cette nuit plusieurs mictions spontanées, en allant à selle; on a pu recueillir ce matin, les urines de deux mictions à une heure et demie d'intervalle chaque fois; il y en avait un demi verre à expérience. Urines troubles, avec abondant dépôt blanchâtre disque épais d'albumine avec Az O³ H.

Etat général semble meilleur.

M. Fochier dit de ne pas faire de sérum et de le remplacer par un lavement prolongé avec le seau à irrigation placé très bas. Le lavement n'est que partiellement absorbé, la plus grande partie est rendue. Haleine fétide, diarrhée persistante. A plusieurs reprises, hoquet assez tenace.

22 avril. — 550 gr. de sérum sous le sein gauche, on administre un lavement avec eau de chaux 300 gr., laudanum 15 gouttes. Le hoquet est moins fréquent, mais l'abattement et la prostration sont plus intenses. Le poulx reste bon, ferme et régulier; on fait cependant une injection hypodermique de caféine 0,25 centig. Le soir nouvelle injection de 0,25, poulx plus rapide, plus petit, 112 pulsations.

23 avril. — Abattement et prostration plus marqués. Emaciation de la face. L'haleine est moins fétide, mais la bouche est sèche, les lèvres fuligineuses. Le pouls devient plus rapide, filiforme (124), quelques râles trachéaux. Sérum 200 gr., caféine 0 gr. 50.

24 avril. — A 3 heures du matin, mort. Presque pas d'agonie, respiration de plus en plus courte, pouls petit, incomptable.

Température : 16 avril, matin 39° soir, 39° 1

17 — — 37° 4 — 37° 8

18 — — 37° 8 — 38° 5

19 — — 38° — 38° 8

20 — — 37° 6 — 38°

21 — — 37° 8 — 37° 9

22 — — 37° 4 — 38° 4

23 — — 37° 4 — 38°

AUTOPSIE, le 25 avril 1902 (11 heures matin, température extérieure moyenne).

Cœur. — (315 gr.), légèrement hypertrophié, surtout au niveau de ses cavités gauches. La surface extérieure présente de la graisse en quantité assez notable surtout au niveau des sillons interventriculaires antérieurs et postérieurs. La séreuse a un aspect normal, les valvules sont absolument saines. Le myocarde du ventricule gauche est fermé sans trace de sclérose, la paroi a environ 1 c/m 1/2 d'épaisseur (il semble qu'il y ait là une ébauche de cœur de Tranche). L'aorte est d'apparence normale sans lésion d'athérome, valvules souples, nombreux caillots dans 5 cavités cardiaques.

Poumons. — Nombreuses adhérences relativement lâches, surtout abondantes au niveau des sommets et à droite. Pas de liquide dans la plèvre. On note seulement sur la plèvre diaphragmatique droite des néo-membranes faisant conclure à l'existence d'un certain degré de pleurite exsudative. Les bases pulmonaires sont des deux côtés nettement atelectasiées, de couleur ardoisée, ne crépitant plus sous le doigt. Le lobe moyen à droite et la partie inférieure du lobe supérieur à gauche présentent de la bronchite et de la bronchiolite pu-

rulentes très manifestes. Les deux sommets, surtout à droite, présentent des cicatrices de tuberculose, ancienne, fibreuse, avec une ou deux cavernes de la dimension d'un gros pois, renfermant des matières caséeuses très reconnaissables ; il y a cependant de place en place des grappes de granulations paraissant récentes.

Nombreux ganglions péribronchiques fortement anthracosiques.

Pas de liquide dans les cavités pleurales.

Foie. — (1680 gr.), un peu hypertrophié. Il est de consistance ferme, son parenchyme n'est pas friable. Pas de sclérose, macroscopiquement du moins. Léger état graisseux de la coupe. Pas de stase veineuse. En somme, pas de lésions macroscopiques manifestes ; la vésicule biliaire ne renferme pas de calculs.

Rate. — Rien d'appréciable. Volume normal. Pas friable.

Pancréas. — Normal.

Reins. — Augmentation de volume de chaque côté. (R. gauche 200 gr. R. droit 185 gr.). Macroscopiquement, et à la coupe, aspect d'un rein bigarré. En effet, le maximum des altérations porte au niveau de la substance corticale, qui, dans son ensemble, a une teinte blanc jaunâtre (dégénérescence aiguë des épithéliums), sur laquelle tranchent des stries rougeâtres congestives. La substance médullaire paraît moins atteinte, altérée cependant ; elle est assez pâle dans son ensemble.

La capsule est un peu épaissie. En pratiquant sa décortication, on enlève, par places, des fragments de parenchyme rénal. De plus, ça et là, apparaissent de petits kystes urinaires du volume d'un grain de mil. Leur présence, et les adhérences de la capsule semblent témoigner en faveur d'une néphrite chronique.

Au niveau de l'*uretère gauche*, sans qu'il y ait de dilatation de ce conduit ou épaississement de ses parois, on constate la présence d'un pus crémeux qu'on retrouve d'ailleurs dans la vessie. La surface du bassinot de ce côté est rouge, tomenteuse, rien de semblable à droite. La vessie a une apparence normale, elle renferme du pus comme l'*uretère gauche*.

Le maximum des lésions est au niveau du *tube digestif*. (Œsophage sain.

Estomac est dilaté, congestionné. A sa surface extérieure existent

quelques varicosités qu'on retrouve sous forme de suffusions hémorragiques étendues, péniciliées à la surface de la muqueuse. L'examen ne permet de constater aucune ulcération de cette muqueuse.

Duodénum est également très congestionné, toutes les tuniques sont fortement vascularisées, il y a même de petites hémorragies sous muqueuses. Pas d'ulcérations.

L'*intestin grêle* est légèrement congestionné mais il n'y a pas de lésions appréciables. A peine une légère saillie des plaques de Peyer au niveau de la partie inférieure du jéjuno-iléon.

L'*appendice* est sain.

Au contraire les lésions sont extrêmement étendues au niveau du *cæcum* et des *colons* particulièrement au niveau de la moitié inférieure du colon ascendant. Elles s'arrêtent à 10 c/m environ de l'anus. Le *rectum* n'en présente aucune.

Dans l'ampoule cœcale et dans les colons les altérations simulent à s'y méprendre les lésions de la *dysentérie* épidémique ou sporadique. Il existe en effet un mélange d'*ulcérations* profondes, serpigneuses, à bords taillés à pic, à fond légèrement bourgeonnant et hémorragique, et de *sphacèle* étendu de la muqueuse. De prime abord il semble pour ces dernières lésions qu'il s'agisse d'amas de matières fécales adhérents à la surface de la muqueuse. Mais après lavages on reconnaît qu'il s'agit de produits sphacéliques gangréneux des tuniques intestinales qui sont profondément entamées. Les lésions prédominent sur les points de la muqueuse qui font saillie en dedans des bandes musculaires normales de l'intestin.

Le *cerveau* n'a pas été examiné.

L'*utérus* est gros comme un utérus de 6 jours. A la coupe, on voit sur la face postérieure, une masse haute de 5 à 6 c/m, large de 3 à 4 c/m, épaisse de 2 c/m. à sa plus grande épaisseur. Cette masse est saillante, rougeâtre. A sa base, à l'angle rentrant avec la paroi postérieure de l'utérus, se trouve une sorte d'orifice rougeâtre pénétrant dans la paroi et qui semble être le point d'entrée de la sonde. Cette masse saillante semble trop grosse pour être la zone placentaire. Il semble qu'on ait affaire à un fragment de placenta ; à la dissociation on voit quelques franges et du sang.

Hydrargyrisme aigu. — Dégénérescence massive du parenchyme rénal. Rein bigarré. Urétéro-pyérite gauche. Altérations multiples du tube digestif. Taches congestives et suffusions hémorragiques de l'estomac et du duodénum. Lésions dysentériques très caractérisées du cœcum et des colons.

OBSERVATION III

Un mode rare d'intoxication par le sublimé. — Anurie prolongée. — Par MM. Boissard et Coudert.

L'observation que nous rapportons a trait à une femme accouchée à terme, ayant présenté des suites de couches pathologiques qui nécessitèrent un écouvillonnage et une injection intra-utérine de sublimé. Presque immédiatement après l'intervention éclataient des phénomènes généraux graves et des symptômes d'intoxication aiguë mercurielle.

M..., Léontine, 32 ans, ménagère, entrée à la Maternité de l'hôpital Tenon, le 1^{er} juillet 1903.

Accouchement spontané à terme d'un enfant vivant pesant 3.125 gr. Suites de couches normales pendant les dix jours qui suivirent l'accouchement. Le soir du dixième jour, la température monta à 37° 9. On fit une injection intra-utérine de 2 litres de sublimé à 1/8000 suivie d'une injection de 2 litres d'eau bouillie. Le lendemain matin, la température étant restée à 37° 9, on pratiqua à midi une écouvillonnage qui ramène des débris de placenta et de membranes. Une hémorrhagie abondante se produit et on pratique une injection intra-utérine très chaude de 2 litres de sublimé à 1/8000, suivie d'une injection très chaude de 3 litres d'eau bouillie. L'utérus reste mou et flasque, l'hémorrhagie continue et on pratique un tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée.

La malade très pâle, est reportée dans son lit. Mais elle se réchauffe difficilement, elle a des bourdonnements d'oreille, se sent faible, et brusquement, à 1 heure 1/4, tombe dans un état voisin de la syncope. Pâleur très prononcée. Pouls petit, filiforme, incomptable, douleurs abdominales. État général très grave. On fait immédiatement une injection de caféine et une injection de 500 grammes de sérum; on réchauffe la malade, puis un frisson prolongé commence pendant lequel la température monte à 40°. A 5 heures du soir apparaît la diarrhée sanguinolente avec ténésme.

La température tombe à 38°, à 6 heures du soir.

La diarrhée, de plus en plus sanglante, persiste toute la nuit. Les selles deviennent plus fréquentes avec épreintes pénibles. Plusieurs vomissements apparaissent.

11 juillet. — Persistance des selles sanglantes et des vomissements. État général très grave. Pas de fièvre. Pas d'urine depuis 24 heures. Nouvelle injection de 500 grammes de sérum.

12 juillet. — La nuit a été bonne, mais les vomissements persistent. Anurie. On fait encore 500 grammes de sérum et le soir le cathérisme de la vessie ramène à peine 10 centimètres cubes d'urine, contenant une très forte quantité d'albumine.

13 juillet. — Toujours de l'anurie. Pas de fièvre. On fait prendre à la malade un bain de 40°, mais elle a une syncope dans son bain. Vomissements.

14 juillet. — Nuit calme. Anurie complète. On donne 1 gramme de théobromine, mais le médicament est vomé et les vomissements continuent toute la journée.

15 juillet. — Les vomissements ont duré toute la nuit. Anurie complète. État général très mauvais. Pouls petit et fréquent. Pâleur et faiblesse très prononcées. On fait un lavage de l'estomac avec deux litres d'eau d'Evian tiède. Après le lavage, les vomissements cessent complètement. Irrigations rectales tièdes. 500 grammes de lait en lavement, car la malade ne peut pas s'alimenter.

Pour la première fois, on trouve des ulcérations occupant le bord des gencives et la face interne de la joue gauche. Lavages de la bouche au chlorate de potasse. Le diagnostic de l'intoxication mercurielle, auquel on n'avait pas songé jusqu'alors, est établi d'une façon ferme.

16 juillet. — L'état général est meilleur, la malade n'a ni diarrhée, ni vomissements. La température est normale, le pouls s'est relevé. Enfin, on a pu recueillir 30 cmc. d'urine. On fait encore deux injections de sérum, l'une de 500 gr., l'autre de 300 gr., pour activer la diurèse.

17 juillet. — La malade a uriné hier 140 cmc., la quantité d'albumine a diminué. Les ulcérations gencivales et buccales ont augmenté de nombre et de dimensions. La langue est blanche, épaisse, ses bords sont œdématisés et ulcérés, l'haleine est fétide et la malade accuse une sensation de goût métallique dans la bouche.

Irrigations rectales. Bain chaud à 39°.

18 juillet. — La malade a uriné environ 100 gr. Elle n'a pas dormi et a eu des cauchemars. Elle se plaint de maux de tête. On lui fait prendre deux gr. de chloral en lavement, on continue les nettoyages de la bouche et les gargarismes au chlorate de potasse, on fait encore 300 gr. de sérum et deux irrigations rectales.

La malade a bu un litre de lait avec 50 gr. de lactose, de l'eau d'Evian. De plus, on lui fait prendre deux lavements nutritifs (lait œufs et peptones). Le pouls est bon. Cependant la malade est un peu déprimée et accuse des douleurs dans les masses musculaires de la cuisse.

19 juillet. — Pour la première fois, depuis le 10 juillet, la malade a uriné seule (800 gr.).

20 juillet. — L'état général est beaucoup plus satisfaisant. Un litre d'urine. Toujours de l'albumine. La stomatite va mieux. Un peu de diarrhée.

21 juillet. — Amélioration persistante. Deux litres d'urine. Diarrhée. Les ulcérations gingivales vont mieux.

22 juillet. — Disparition de la diarrhée et des coliques. Deux litres d'urine. Lait. Lactose. Eau d'Evian. 10 cmc. de sérum de Chéron.

24 juillet. — L'état général continue à s'améliorer. Les urines sont abondantes, d'apparence chyleuse. Puis petit à petit, les forces reviennent, l'état général se remonte et peu à peu la malade entre en convalescence pour sortir de l'hôpital, guérie, le 15 août.

Son enfant, vivant, qui avait présenté, au cours de la maladie de

la mère, des accidents d'infection gastro-intestinale, sort en bon état, pesant 3000.

L'intensité des phénomènes d'intoxication, la rapidité extrême avec laquelle ils se produisirent, le titre très faible, 1 pour 8000, de la solution antiseptique employée, nous firent penser que les accidents devaient reconnaître un mécanisme spécial et qu'ils avaient vraisemblablement pour cause la pénétration directe du liquide dans les tissus veineux béants au moment du détachement des débris placentaires.

OBSERVATION IV (Lepage)

Annales de Gynécologie. Septembre 1901.

M. Lepage rapporte un cas de mort d'une jeune femme primipare, à la suite d'un simple curage digital pour rétention placentaire consécutive à un avortement de 3 mois et accompagné de fièvre (Température 38°5).

Après le curage digital fut pratiquée une injection intra-utérine constituée d'abord par deux litres de solution phéniquée à 1 pour 150, puis deux litres d'eau bouillie chaude et d'une solution dans l'eau d'une pastille de sublimé de 1 gr., enfin, plusieurs litres d'eau filtrée non bouillie.

Le lendemain, état alarmant, T. 35° 4, vomissements, langue sèche, ventre souple, le surlendemain, diarrhée profuse, fétide, avec ténesme, urines rares, foncées, haleine fétide, aggravation progressive. Mort le 5^e jour, pas d'autopsie.

OBSERVATION V

M. Mac Grégor Young.

Chez une femme très anémique, on fait après l'extraction manuelle du placenta une injection de bichlorure de mercure à 1/3000^e ; dix jours après, deuxième injection, après extraction de quelques

fibres placentaires. Quelques heures après, la malade est prise de diarrhée sanguinolente, de céphalée, de nausées et de vomissements, et elle se plaint de ressentir un goût métallique dans la bouche. Les gencives étaient douloureuses et empêchèrent la malade de mastiquer pendant trois semaines. Il n'y eût pas d'ulcérations buccales.

(*North of England obstétrical and gynaecological Society*. 15 mai 1903.)

OBSERVATION VI

Wuiter (*Centralb. f. Gynceek*. 1884).

Jeune primipare accouchée au forceps, le 7 juin 1884, vers midi, au milieu d'accidents éclamptiques. Après l'accouchement, l'hémorrhagie par inertie utérine qui anémita rapidement la malade. Contre cette perte, irrigation utérine chaude avec une solution de sublimé à 1/1000°. Pendant la suture du périnée, irrigation semblable de 1 litre à 1 litre 1/2.

Dans l'après-midi, la malade se porte bien, on est frappé de sa grande pâleur ; la nuit, douleurs abdominales et ténésme ; diarrhée fréquente amenant des évacuations abondantes, très fétides, de couleur gris verdâtre, sans mélange de sang. Aux gencives, liseré bleuâtre, deux jours plus tard, de grandes plaques gangréneuses,

L'état général était très mauvais. La malade était en outre très agitée, poussait des gémissements. Réagissant encore aux impressions extérieures, elle prenait peu de part à ce qui se passait autour d'elle. Pas de somnolence pourtant, elle dormait peu.

L'urine claire, avec sédiment foncé et légèrement albumineux, avant l'accouchement, présentait des changements notables. De quantité beaucoup moindre, elle était épaisse, troublé, striée de sang et très albumineuse et contenait des éléments figurés en abondance. Au microscope le sang présentait une augmentation considérable du nombre de globules blancs.

Ces phénomènes d'intoxication persistent avec la même intensité et le troisième jour après l'accouchement, la mort survient dans le collapsus.

L'autopsie révèle des lésions organiques semblables à celles observées dans le cas de Lømer.

Le segment inférieur de l'intestin, de l'anus à la valvule de Bauhise, est très altéré dans ses parois. Toutes les couches sont épaissies, mais surtout la muqueuse. Les plis sont gonflés de telle sorte qu'en certains endroits, le calibre se trouve rétréci ; à leur niveau, ecchymoses étendues de couleur uniforme ; la muqueuse présente des plaques gris verdâtre.

Dans l'épaisseur du muscle utérin, au niveau de la corne gauche, ramollissement hémorrhagique de la grandeur d'une pièce de 1 franc. A cet endroit, le péritoine a mauvaise couleur et il existe un excudat séro-sanguinolent qui agglutine les parties inférieures de la cavité abdominale.

D'après l'auteur, l'absorption favorisée par l'anémie fut d'autant plus néfaste que les reins étaient malades.

OBSERVATION VII (inédite).

Due à l'amabilité de M. le Docteur Fabre.

Maria C. . . , 18 ans, vermicellière, entre à la Maternité de la Charité le 31 janvier 1900.

Les douleurs ont débuté le 7 mars à 6 heures du soir. L'accouchement n'a été terminé que le 8 Mars à 6 h. 1/2 du soir. Le travail s'est fait lentement ; contractions utérines faibles et rares ; la tête arrivée au détroit inférieur ne progressant pas, par suite de l'inertie, on fait une application de forceps. L'accouchement se termine normalement. L'expulsion du fœtus est suivie d'une perte sanguine évaluée à 250 gr.

Lorsque la malade a perdu 400 gr. de sang, on introduit la main dans l'utérus ; on constate de l'inertie locale sur une surface de 5 cmq , vers la corne droite. Le placenta adhère par le cinquième, à peu près de sa surface ; il est décollé artificiellement ; il ne reste aucun débris dans l'utérus. On fait une injection iodée.

Deux heures après l'accouchement on constate une inertie grave

de l'utérus. La malade accuse du mal au cœur, faiblesse, vertiges, troubles visuels; elle est pâle, on constate que l'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On retire à la main, de sa cavité, 600 grammes de caillots. On fait une nouvelle injection iodée : injection hypodermique d'ergotine (5 gouttes), lavement de sérum 500 grammes.

L'état de la malade est rassurant. Le pouls est bon quoiqu'un peu rapide, une injection de sérum est jugée inutile, le lavement ayant été gardé, jusqu'au cinquième jour. La température est normale, l'accouchée se trouve si bien qu'elle se lève le sixième jour (le 14 au matin), sans permission, reste deux heures debout; circule dans la salle sans éprouver la moindre fatigue. On la fait coucher, on prend sa température qui est de $39^{\circ} 2$ à 5 heures du soir.

15 mars. — Le lendemain 15 mars : Température $38^{\circ} 9$, pouls 100. La malade prend un verre d'eau de Sedlitz. Faciès altéré, yeux excavés, nez pincé, lèvres sèches. Le chef de clinique prescrit un lavage intra-utérin au cas où pendant la matinée, la température dépasserait 39° . Les lochies sont un peu odorantes. Vers 11 heures la température est de $39^{\circ} 4$. On pratique une injection intra-utérine de sublimé à $1/4000$, minutieusement dosée avec une solution titrée, on emploie la sonde de Fochier, le liquide pénètre sous faible pression (hauteur du récipient au dessus du plan du lit, 50 centimètres). L'injection est suivie d'un lavage à l'eau bouillie de $3/4$ de litre environ, la quantité de sublimé à $1/4000$ passée, a été de *trois litres*.

Dix minutes après l'injection, se déclare un grand frisson, agitation extrême, cyanose de la face, battement des ailes du nez, tremblement intense généralisé, sensation de froid, angoisse extrême. On réchauffe activement la malade avec des linges chauds, qui produisent une sudation abondante. Presque aussitôt apparaissent des vomissements alimentaires assez abondants qui, au bout de 2 ou 3 heures, deviennent exclusivement bilieux. Dès les premiers vomissements, c'est-à-dire environ une heure après l'injection, la sœur croyant à une crise éclamptique fruste analyse les urines, elle en retire environ 100 grammes de la vessie. L'acide azotique donne un épais nuage d'albumine. Les urines examinées avant l'accouchement avaient été absolument normales.

Les selles provoquées par le purgatif administré le matin, deviennent de plus en plus abondantes et fréquentes, elles prennent une coloration verte et le soir on y remarque des stries sanguines. La diarrhée persiste toute la nuit. La malade n'urine pas. Le soir, la température est de 38° 8, pouls 120. On institue le traitement suivant : Sulfate de soude, lavement de sérum, lait, eau albumineuse, chlorate de potasse (en gargarisme et à l'intérieur). Mais les vomissements gênent l'absorption de ces liquides.

16 mars. — Le 16 au matin, on pratique un cathétérisme de la vessie (ténésme) ; elle est complètement vide, on n'amène pas une goutte d'urine. L'angoisse persiste, elle est plus accentuée que la veille, la malade se plaint de troubles visuels, elle voit vert (?). On donne un verre d'eau purgative. Les vomissements se produisent à chaque ingestion de liquide, l'intolérance est absolue, cependant le lait glacé, administré par petites gorgées seulement, n'est pas rejeté. On remarque une stomatite mercurielle intense. A la partie interne de la joue gauche, on constate une grosse plaque de sphacèle, irrégulière, très étendue et douloureuse ; liseré gingival grisâtre. La malade souffre des dents, il lui semble qu'on les lui arrache, la salivation est abondante. Le ventre est douloureux et rétracté, température 37° 8, pouls 116, même caractère des selles. On place le soir quatre ventouses sèches dans la région lombaire. Quantité d'urine émise dans la journée, 1 centimètre cube, et la malade a absorbé 1 litre de lait glacé sans vomissements. Le soir, température 38° 5, pouls 116. La nuit est bonne, le lait est pris sans glace et n'est pas rendu.

17 mars. — Troisième verre d'eau purgative ; il semble qu'il y ait un mieux réel ; la malade est tranquille, moins somnolente que la veille, température 37° 5 pouls 104, plus de vomissements. La stomatite est toujours intense, on note la présence d'une large plaque érythémateuse à la partie postéro-externe de la cuisse gauche, haleine très fétide. A 10 heures du matin, injection de sérum artificiel 600 gr. On applique également deux ventouses scarifiées dans la région des reins (évacuation de 60 gr. de sang). Le soir la malade s'est remise à vomir elle refuse énergiquement toute boisson. Les selles gardent leurs caractères : coloration verdâtre, filets sanguins, fétidité. Quantité

d'urine : 3 cmc., température : 37° 9, pouls : 100, bouffissure de la face.

M. le Professeur Fochier a vu la malade le matin et a porté un pronostic très sombre basé surtout sur l'état de la muqueuse digestive. On fait descendre la malade à l'infirmerie, la sœur Chaumard ne pouvant plus s'en occuper.

18 mars. — On continue le traitement : Eau de Sedlitz, lait, dont la malade absorbe deux litres sans vomir. Urines du matin : 10 cmc. albumine : 5 grammes.

19 mars. — Pendant la nuit, elle a rendu un peu de sang par le nez et la bouche ; la face est de plus en plus bouffie, elle peut à peine ouvrir la bouche. Somnolence, température : 38° 9. Urines du matin : 5 cmc. Le soir vertiges, troubles visuels, les selles toujours fréquentes sont rougeâtres et contiennent des quantités de membranes. L'état général s'aggrave. Température : 38° 9, pouls : 96.

Les jours suivants, l'état va en s'aggravant davantage.

24 mars. — Facies de plus en plus bouffi, si bien qu'à la fin, les yeux ne peuvent plus s'entrouvrir, œdème des membres. Anurie marquée. 150, 200 gr. d'urines par jour, évacuées spontanément, contiennent environ 1 gr. 50 par litre d'albumine au tube d'Esbach. Haleine horriblement fétide, empestant la salle où se trouve la malade ; dents serrées, impossible de lui nettoyer la bouche encombrées par des débris pseudo-membraneux fétides. Il sort du sang par les narines. La diarrhée continue à présenter les mêmes caractères, l'alimentation est impossible, c'est à peine si la malade peut absorber quelques gorgées de lait. On avait essayé l'alimentation à la sonde œsophagienne introduite par les narines, mais la malade n'a pu la tolérer.

La malade depuis hier ne répond plus aux questions, somnole continuellement.

Mort le 24 mars à 6 heures du soir.

AUTOPSIE le 26 mars.

Léger épanchement séreux dans la *plèvre gauche*.

Adhérences pleurales à droite. Les *poumons* présentent un œdème généralisé sans zones d'hépatisation.

Foie : (930 gr.) présente une teinte rosée diffuse sans autre altération notable.

Reins : droit, 210 gr. ; gauche, 210 gr.

Ils sont volumineux et, à la coupe, présentent une décoloration marquée, surtout au niveau de la substance corticale.

Cœur : 230 gr. Ne présente aucune lésion. Pas d'épanchement dans le péricarde.

OBSERVATION VIII (inédite).

Due à l'obligeance de M. le Docteur Stourme.

Mme X..., 26 ans, II pare.

Accouchement normal le 24 juin 1896 ; fille pesant 2 k. 900.

Suites de couches normales pendant les premiers jours. Pas de fièvre. Lavages externes simplement. Le 1^{er} juillet, le docteur permet une station de 20 minutes sur une chaise longue, mais la malade reste étendue toute la journée. Le soir, vers 6 heures, elle se couche avec un frisson. Température 39°. Lochies fétides. On procède de suite à une irrigation intra-utérine de sublimé à 1 pour 2000 avec la sonde de Budin. Sédation immédiate de la température de quelques dixièmes de degré.

Le 2 juillet, même température et irrigation de sublimé matin et soir.

Les irrigations sont continuées jusqu'au 5 juillet, jour où les symptômes infectieux paraissent avoir cédé et où la fièvre est tombée.

A ce moment, surviennent : de la diarrhée, une faiblesse très prononcée ; on constate sur la muqueuse des lèvres et surtout sur les gencives des plaques blanchâtres. Le liséré gingival est très net. Sensation d'ébranlement des dents. Pas de vomissements, pas d'anurie.

On ordonne une solution de chlorate de potasse (5 gr. par jour, à l'intérieur).

Ces symptômes disparaissent assez rapidement et la malade entrait en convalescence le 10 juillet, convalescence qui s'est prolongée jusqu'à la fin du mois.

L'infection avait été amenée par la garde-malade qui avait fait quelque temps auparavant un accouchement infectieux, ce qu'elle n'avoua qu'après coup.

CONCLUSIONS

I. — Le sublimé, tout en étant le plus puissant des antiseptiques employés en obstétrique, est aussi le plus toxique et le plus dangereux, puisqu'il a causé en injections intra-utérines, des accidents qui peuvent être légers, mais qui sont souvent fort graves, parfois mortels.

II. — Les formes légères d'intoxication mercurielle se manifestent surtout par des érythèmes et quelques phénomènes de diarrhée avec coliques intestinales, gingivite avec salivation abondante, phénomènes essentiellement bénins et de courte durée.

Les formes graves ont une symptomatologie des plus complexes que l'on peut néanmoins résumer ainsi : vomissements, diarrhée, stomatite, anurie, phénomènes généraux graves, collapsus. Ces accidents, par leur gravité et leur prolongation font courir à la malade les plus grands dangers et peuvent entraîner la mort.

III. — En raison de ces dangers d'empoisonnement nous croyons qu'il faut, dans la pratique courante des injections intra-utérines, suites de couches, remplacer le sublimé par d'autres antiseptiques moins puissants,

il est vrai, mais qui ont sur lui l'immense avantage de n'être point toxiques.

A notre avis, les antiseptiques de choix sont : l'iode sous forme de la solution iodo-iodurée de Tarnier et Vignal et le permanganate à la dose de 0,50 pour 1000.

IV. — Nonobstant ces dangers, nous pensons qu'il faut maintenir l'usage du sublimé dans les cas de septicémie grave, rebelle à l'action des autres agents, car c'est lui qui, dans ces cas, semble donner les meilleurs résultats.

V. — Pour éviter enfin tout accident d'intoxication nous conseillons, dans le cas où l'on emploie le sublimé, de le manier avec science et prudence, en tenant compte de toutes les recommandations inscrites dans notre dernier chapitre et concernant soit le titre, la nature et la qualité de la solution employée, soit aussi la technique opératoire de l'injection intra-utérine.

Le Président de la Thèse,
SOULIER.

VU :
Pour le Doyen :
L'Assesseur,
HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 27 juin 1904.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BAR (P.)..... Thèse d'agrégation. — Paris 1883.
- BRUN..... Thèse d'agrégation, — Paris 1886.
- BUTTE..... Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie
25 avril 1886.
- GRACE CALVERT.. The med. Times and gaz. — 1872.
- CHÉRON..... Rev. Médic. chirurg. de malad. des femmes. —
1885.
- DANYAN..... Gazette des Hôpitaux, page 569. — 1846.
- DAVAINE..... Compte rendu Soc. biologie. — 1884.
- DOUGALL..... The mèd. Times and gaz. — 1872.
- DAHL..... Centralb. f. gynœc. — 1884.
- DOLERIS..... Nouv. arch. d'obst. et de gynéc. — 1886.
- FONTAINE..... Injections intra-utérines. Thèse de Paris.— 1869.
- GARRIGUES..... Americ. Journ. of obstetric. — 1889.
- HERGOTT..... Ann. de gynécologie. — 1884.
- HOFFMEIER..... Ann. de gynécologie. — 1884.
- HOURLMANN..... Journal des connaissances médico-chirurgicales
(octobre 1840. — page 139.
- LEPAGE..... Intoxication mortelle par le sublimé. (Annales
de gynécologie et d'obstétrique. Septembre 1901, p. 240).
- LOMER..... Centralb. f. gynœc. — 1884.
- LESSONA..... Ann. di ostetric. — Nov. 1884.
- MANGIN..... Mécanisme de l'intoxication par le sublimé,
(Nouvelles arch. d'obstétrique, page 549. — 1887).
- MYNLIEFF..... Das Sublimat in Geburtshilfe. Niderl. Tijds. — 1884.

- MIQUEL Les organismes vivants de l'atmosphère. Thèse de Paris. — 1883.
- PARTRIDGE Americ. Journ. of obstetric. — 1885.
- PETIT,..... Comp. Rend. acad. Sc. — 14 oct. 1872.
- POZZI,..... Traité de gynécologie.
- RATIMOFF Archives de physiologie. — 1884.
- RENDU..... De l'utilité des lavages intra-utérins antiseptiques dans l'infection puerpérale. Thèse de Paris. — 1879.
- RICHARDON Boston med. and surg. Journal. — 1885.
- SOMMER..... Charité annalen. — 1888.
- STADFELDT..... Centralb. f. Gynœc. — 1884.
- SHROEDER Lehrbuch des Geburtshulfe. — 1888.
- TARNIER et VIGNAL. Arch. de Méd. expérimentale. — 1890.
- TARNIER De l'asepsie et l'antisepsie en obstétrique.
- TARNIER..... Leçon d'ouverture. — 1884.
- TARNIER..... De l'étiologie des accidents immédiats provoqués par les injections intra-utérines. (Annales de la Soc. d'obst. de France, page 219. — 1892).
- TISSIER Recherches expérimentales sur la pénétration des liquides d'injection dans les veines de l'utérus puerpéral. (Annales de la Société d'obstétrique de France, page 223. — 1892).
- VIDAL de CASSIS.. Gazette médicale 1840, page 445.
- WINTER..... Centralb. f. gynœc. — 1884.
- WIRCHOW..... Berlin-Klin. Wochen. — 1888.
- WÖTZ..... Centralb. f. gynœc. — 1884.



